

**INSTITUCIONALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO DEL CÁNCER EN
SANTANDER. INNOVACIONES TECNOLÓGICAS DEL MÉDICO DOCTOR
FRANCISCO ESPINEL SALIVE (1958 – 1985)**

JUAN MIGUEL PATIÑO RODRIGUEZ

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
ESCUELA DE HISTORIA
BUCARAMANGA
2017**

**INSTITUCIONALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO DEL CÁNCER EN
SANTANDER. INNOVACIONES TECNOLÓGICAS DEL MÉDICO DOCTOR
FRANCISCO ESPINEL SALIVE (1958 – 1985)**

JUAN MIGUEL PATIÑO RODRIGUEZ

**Trabajo de Grado para optar al título de
Historiador y Archivista**

**Director
BLADIMIRO RINCÓN OROZCO, PhD.
Profesor Asociado Escuela de Microbiología.**

**Tutor
Luis Rubén Pérez Pinzón
Magister en Historia**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
ESCUELA DE HISTORIA
BUCARAMANGA
2017**

DEDICATORIA

A Mili Isabella y a Juan Manuel: insistencia, constancia y esfuerzo ante las dificultades, no detenerse, sino intentarlo una y mil veces hasta lograrlo.

AGRADECIMIENTOS

A mi Dios por fortalecerme ante las adversidades.

A mi esposa Rosita, a quien debo las grandes cosas de mi vida: Tener a mi descendencia Isabella y Juanito... sembrar el árbol, y escribir este libro de cuyos frutos y conocimientos ojala otros puedan obtener beneficio.

A mi hermana Diana Isabel, Trabajadora Social de la Unidad de Oncología, con quien me encuentro en deuda por tres años de transporte, tinto, chicle, cigarrillos y cuya gestión empujo varias de las puertas para que este trabajo fuera posible.

A mi mamá y hermanos, quienes están expectantes por este trabajo, después de haber quemado la mayoría de los santos en busca de intervención divina.

A Doña Leonor Correal de Espinel y sus hijos, con quienes quedo en deuda, pues sé que quedan muchas cosas en el tintero, pero de quienes espero benevolencia, ya que este fue mi primer gran proyecto.

A mi amigo de infancia y ahora colega Edwin Alexis Porras Sepúlveda, pues su compañía fue indispensable en estos quince años de largas caminatas.

A los profesores y codirectores Oscar Blanco Mejía y Luis Rubén Pérez Pinzón, con quienes finalmente encontramos el modo de dar orientación a un cumulo de documentos e ideas desordenadas.

En la Unidad de Oncología y Radioterapia del HUS, quiero expresar mis más sinceros agradecimientos a:

El Dr. Jesús Solier Insuasty Enríquez, quien desde el primer momento se interesó por esta investigación, su motivación y experiencia se convirtieron en un motor con el cual conseguir cada meta propuesta. Mil y mil gracias por su apoyo y comprensión.

La Jefe de la Unidad Dra. Adriana Zableh y su esposo Dr. Herman Rodríguez, quienes además de su inmensa labor, abrieron un espacio para los historiadores de la UIS, y con su aval se realizaron nuestras propuestas de trabajo.

El Dr. Luis Héctor Hernández y Martha Isabel Vargas, quienes han dedicado su vida a esta Institución y a sus pacientes; sus testimonios fueron concluyentes en la documentación de este trabajo.

A todos aquellos con quienes de alguna manera interactuamos en la Unidad, pues sus observaciones sirvieron como herramientas para analizar y resolver problemas que iban surgiendo en esta investigación. Y a lo lejos a la Hermana María Ofelia, cuya hospitalidad, cariño y dedicación está presente en los miembros de la unidad y en quienes compartimos su ternura.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	10
1. MARCO REFERENCIAL	12
2. CARACTERIZACIÓN DEL GRUPO DE INVESTIGACIÓN	16
3. CARACTERIZACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN	17
4. CARACTERIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA	18
4.1 JUSTIFICACIÓN	18
4.2 OBJETIVOS	19
4.2.1 Objetivo General	19
4.2.2 Objetivos Específicos	19
4.3 PROCESO METODOLÓGICO EMPLEADO	19
4.4 DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS	21
4.5 ANÁLISIS DEL PROCESO LLEVADO A CABO	23
5. EVALUACIÓN	27
6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	29
BIBLIOGRAFÍA	30
ANEXOS	38

RESUMEN

TITULO: INSTITUCIONALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO DEL CÁNCER EN SANTANDER. INNOVACIONES TECNOLÓGICAS DEL MÉDICO DOCTOR FRANCISCO ESPINEL SALIVE (1958 – 1985)

AUTOR: JUAN MIGUEL PATIÑO RODRIGUEZ**

PALABRAS CLAVE: Institución, Institucionalismo Normativo, Santander, Dr. Francisco Espinel Salive, percepción del cáncer.

DESCRIPCION:

Esta pasantía de investigación tiene como objetivo describir por medio de las fuentes históricas los procesos de creación de las instituciones para el tratamiento del cáncer en Santander entre los años 1958 y 1985. Para alcanzar este fin se recurre a la teoría institucional, a través de la cual se explican los procesos de transformación de esta institución en el tiempo. Uno de los objetivos que se persiguen es exponer como protagonista principal de estos hechos al doctor Francisco Espinel Salive, quien fuera pionero en esta región en la aplicación de tratamientos con materiales radioactivos. Especializado en el Instituto Nacional de Cancerología, llegaría a Bucaramanga hacia el año de 1958, donde fundaría con ayuda de las elites, la primera unidad de radioterapia y cáncer en el extinto Hospital San Juan de Dios. Presentar su obra es muy importante para la historia de la medicina en el país, ya que con esta se expone el estudio de la asimilación y la institucionalización de una técnica científica como la radioterapia, en un contexto donde el cáncer no era la prioridad sanitaria del país.

Cesar Castañeda señala que “a pesar de lo temprano del inicio de la lucha contra el cáncer en la ciudad, el desarrollo real ocurrió en la década de los años sesenta en el cual se crearon instituciones especializadas.” Por esta razón en este trabajo se describen las acciones y procesos que pulsaron y promovieron la fundación del pabellón de caridad Jácome Valderrama para enfermos terminales; la Liga de Lucha contra el Cáncer; y el Comité zonal de lucha contra el cáncer, instituciones precedentes en la creación de la Unidad de Oncología y Radioterapia del Hospital Ramón González Valencia en 1979.

* Trabajo de grado. Modalidad Pasantía en grupo de investigación

** Universidad Industrial de Santander. Facultad de Ciencias Humanas. Escuela de Historia. Director: Dr. Jesús Solier Insuasty Enríquez.

ABSTRACT

TITLE: CANCER TREATMENT INSTITUTIONALIZATION IN SANTANDER. THECNOLOGICAL INNOVATIONS BY DOCTOR FRANCISCO ESPINEL SALIVE. SANTANDER 1958 - 1985^{*}

AUTHOR: JUAN MIGUEL PATIÑO RODRIGUEZ^{**}

KEYWORDS: Keywords: Institution Regulatory Institutionalism, Santander, Dr. Francisco Espinel Salive, Cancer perception.

DESCRIPTION:

This internship research aims to describe through the historical sources the processes of creation of institutions for treating cancer in Santander between 1958 and 1985. To achieve this end, shall be used institutional theory to explain the processes of transformation of this institution over time. One of the objectives pursued is to expose as the main protagonist of these facts Dr. Francisco Espinel Salive, who was a pioneer in the region in the application of treatments with radioactive materials. Specializing in the National Cancer Institute, he reach Bucaramanga towards the year 1958, where he founded with the help of the elites, the first radiation and cancer ward in the close down Hospital San Juan de Dios. Present his work is very important for the history of medicine in the country, as this study of assimilation and the institutionalization of a scientific technique is presented such as radiation, in a context where the cancer was not the health priority of the country.

Cesar Castaneda said that "despite the early start of the fight against cancer in the city, the real development occurred in the decade of the sixties in which specialized institutions were created." Therefore in this paper we describe the actions and processes that pulsatd and promoted charity foundation hospice in Jacome Valderrama Pavilion; League Against Cancer; and the Zonal Committee to combat cancer, previous institutions in the creation of the Oncology and Radiotherapy ward at Ramón González Valencia Hospital in 1979.

^{*} Degree work. Modality Internship in research group.

^{**} Industrial University of Santander. Faculty of Human Sciences. School of History. Director: Dr. Jesús Solier Insuasty Enríquez.

INTRODUCCIÓN

El tema del cáncer en nuestro país está presente desde que inicio el siglo XX^{1*}, por el interés de un grupo de médicos, en una nueva especialidad de la medicina cuyo instrumento principal de curación fue el uso de material radioactivo, con el cual se alcanzaron grandes resultados. La introducción de la radioterapia en el país, como especialidad de la medicina, llegaría importada por algunos médicos que estudiaron en el exterior^{2**}. Ellos le brindaron al país nuevas técnicas de curación, diagnóstico y tratamiento, organizaron los estudios en cancerología y fundaron las compañías de Radium, realizando tratamientos en Colombia hasta alcanzar la creación y puesta en marcha de un Instituto que cumpliera con las características necesarias para combatir el cáncer con sede en Bogotá.

En Colombia en los años setenta existían cinco especialidades básicas desde el punto de vista de la medicina clínica - la pediatría, la ginecología, la psiquiatría, la cirugía y la medicina interna. Las prácticas médicas que se ejercieron en Santander después de mediados de siglo XX como la cirugía y la radioterapia propiciaron la creación de las primeras unidades para combatir este nuevo flagelo. Los tratamientos empleados como instrumento para disminuir el dolor y el número de defunciones por causa de la enfermedad, no fueron los únicos avances. En su incorporación al país se requirió de un desarrollo institucional para el ejercicio de la educación, para la práctica médica y para su tratamiento. La institucionalización para el tratamiento del cáncer en Santander, puede verse como la continuación de ese proceso que se fue formando a partir de los esfuerzos de los científicos colombianos de la medicina, quienes iniciaron tratamientos con Radium alrededor del año de 1920, convirtiéndose este en una de las principales armas para

¹ CAMARGO BOHORQUEZ, María Constanza y otros. El cáncer. Aspectos básicos sobre su biología, clínica, prevención, diagnóstico y tratamiento. Ministerio de la Protección Social. Instituto Nacional de Cancerología E. S. E. Bogotá, 2004. P. 11.

* “En el siglo XX, el cáncer se convirtió en una nueva epidemia, esta epidemia se mide en términos de su incidencia. En 1996 se presentaron 10,3 millones de casos, y se calcula que en el año 2020 se presentarán 14,7 millones de casos. En la medida en que el cáncer se fue convirtiendo en una epidemia a nivel mundial, se fue creando en cada país, conceptos claros sobre el significado de los tumores malignos, la prevención, el diagnóstico y las formas de tratamiento”.

² OTERO RUIZ, Efraím. Setenta años de cáncer en Colombia. Historia del Instituto Nacional de Cancerología 1934 – 1999. Editora Géminis. Santa fe de Bogotá. 1999. p. 11 – 16 – 19.

** Entre sus precursores se encuentran los doctores Roberto Sanmartín Latorre y Alfonso Esguerra Gómez, quienes se especializaron el primero en Estados Unidos en la John Hopkins Hospital. Según Otero Ruiz, en *“la clínica (ginecológica) de Kelly tuvo la oportunidad de entrenarse sobre la aplicación del Radium. Luego viajó a Rochester a la clínica de los hermanos Mayo y asistió al curso del Stanley Hospital, cuyo objetivo único era la aplicación de tal mineral radioactivo.”* El segundo, el doctor Esguerra, cursó la carrera de medicina en la Universidad Nacional, de ahí partiría a Francia. *“Inicialmente, llegara a trabajar en fisiología experimental en el laboratorio Lapicque de la Sorbona y de ahí pasara al Institut de Radium de Paris.”* El doctor Esguerra Gómez se especializó en el instituto de Radium de Paris y fue discípulo de Claude Regaud, quien *“a fines de 1928 estuvo en Colombia: dictó cinco conferencias, visitó hospitales, clínicas y la Facultad de Medicina; recomendó la creación del Instituto Nacional de Radium y la firma de un convenio de intercambio entre las facultades de Medicina de Colombia y Francia”.*

combatir una enfermedad que iba aumentando sus víctimas con el pasar de los días. Estos hechos me generan la siguiente pregunta:

Si el Estado colombiano no contaba con dinero, el personal técnico, ni la infraestructura para realizar una detección temprana y mucho menos un tratamiento, ¿Por qué fundar instituciones para luchar contra el cáncer, si según las estadísticas de la época esta enfermedad no figuraba entre las diez primeras causas de muerte entre los colombianos? Las respuestas pueden variar según la posición desde que se mire, el Dr. Efraím Otero afirmó, que la historia del cáncer en el país “se remonta a los albores del siglo XX cuando el descubrimiento de los rayos X y del radium revolucionan el diagnóstico y la terapéutica en una forma que solo se repetirá mucho más tarde, con la era antibiótica.”³ Una conclusión a priori en este sentido es que la radioterapia despertó en los médicos colombianos un interés creciente por el rol que podrían desempeñar las instituciones en la aplicación de esta técnica, que por entonces se consideraba una especie de procedimiento milagroso en el tratamiento del cáncer

Al exponer las causas y los procesos que generaron la creación de las instituciones para combatir la morbimortalidad generada por el cáncer en Santander de 1958 a 1985, se busca revelar ¿Qué tipo de institución es? ¿Qué función tiene? ¿Cómo está estructurada? ¿Bajo qué tipo de relaciones fue fundada? Así mismo con esta pasantía se expondrá la obra del doctor Francisco Espinel Salive; la problemática que giraba alrededor de la salubridad en Colombia en la primera mitad del siglo XX, para comprender las condiciones de vida de la población, las ideas populares sobre la enfermedad, el atraso de la educación médica y la carencia de instituciones para el servicio de la salud.

³ OTERO RUIZ, Efraím. *Setenta años de cáncer en Colombia*. Historia del Instituto Nacional de Cancerología 1934 – 1999. Editora Géminis. Santa fe de Bogotá. 1999. P. 15.

1. MARCO REFERENCIAL

El objetivo principal de esta pasantía es investigar los primeros pasos de la oncología en el departamento de Santander, como requisito que permita conocer los procesos de creación de las instituciones para el tratamiento del cáncer. La escases de trabajos y de una línea de investigación definida en la relación historiografía – medicina en el ámbito nacional, ha dispuesto la trayectoria con la cual se ha escrito hasta ahora la historia de la medicina, la salud y la enfermedad en Colombia, la cual se ha estado plasmando a partir de diferentes temáticas y objetos de estudio. Para alcanzar los objetivos planteados se realizó el estado del arte tomando los textos que se registraban en la línea de investigación medicina y poder, pues son las variables que mejor se ajustan a esta labor, ya que, esta relación permite observar el papel del estado en la institucionalización y desarrollo de la medicina, y la relación de los médicos con los poderes públicos.

En nuestras universidades se han venido realizando diversos trabajos que desde la historia regional ayudan a identificar los problemas que han girado en torno a la salud y la enfermedad, estos enriquecen el debate y explican las preocupaciones que en materia de salud han sido manifestadas en cada momento por nuestra sociedad. La primera línea de investigación observada tiene que ver con la relación entre medicina y poder: papel del estado en la institucionalización y desarrollo de la medicina, y la relación de los médicos con los poderes públicos. Luis Rubén Pérez Pinzón compila las tesis de grado de los estudiantes de la Escuela de Historia de la UIS, en ellas, identifica y presenta el papel que ha jugado el Estado en Santander entre los siglos XIX y XX, con respecto a la creación de las diferentes políticas públicas, las decisiones legislativas y las inversiones presupuestales en la prevención, regulación y reducción de los factores determinantes de las enfermedades.^{4 5} Así mismo muestra el papel de las organizaciones y de las instituciones encargadas de la promoción, administración de medicamentos, regulación del impacto sociocultural con el paciente,^{6 7} para finalmente, establecer desde la enfermedad, los enfermos y los grupos sociales de presión.^{8 9 10 11}

⁴ LIZCANO HERRERA, Dayana Lucia. Políticas sanitarias, profilaxis médica y campañas de vacunación para contener las epidemias de viruela en el Estado Soberano de Santander 1857-1886.

⁵ RODRÍGUEZ MARTÍNEZ, Camilo Andrés. La sífilis otra enfermedad que atacó la ciudad de Bucaramanga 1920 – 1947. En: PÉREZ PINZÓN, Luis Rubén: Beneficencia, higiene y salud pública en Colombia: La experiencia médico-sanitaria en Santander. Siglos XIX y XX. Dirección Cultural. Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga, 2013.

⁶ ESCOBAR SARMIENTO, Eide Judith. La enfermedad mental en el nororiente de Colombia. Evolución terapéutica en la relación médico-paciente en el instituto psiquiátrico San Camilo de Bucaramanga 1953-1967.

⁷ CASTAÑEDA PLATA, César Andrés. La historia del cáncer en Bucaramanga: una problemática social vista a través de la liga santandereana de lucha contra el cáncer: 1961-1980.

⁸ CASTILLO GÓMEZ, María Cristina. Hijas sanas de padres enfermos. El asilo de María Auxiliadora del lazareto de Contratación 1911-1963.

⁹ MORALES LIZARAZO, Elquin Alfonso. Sin miedo ni gloria: ciencia y política en la segadora de vidas de tez amarillita: Valle de Soto 1911 y Bucaramanga 1923.

¹⁰ HERNÁNDEZ TASCO, Aleidys. Entre la ciencia y la política: historia de la fiebre amarilla en el Socorro 1929.

Siguiendo esta línea de la historia regional, se observó el texto de Jorge Márquez Valderrama, el cual hace también una compilación de trabajos de estudiantes universitarios y de profesionales, que a nivel nacional han investigado sobre la historia de la medicina y la salud pública en Colombia. El texto está dividido por el compilador en dos líneas de investigación definidas, la primera parte es llamada Medicina y Poder, en la cual se expone la intervención del Estado en la constitución del aparato sanitario municipal mostrando, las singularidades locales de apropiación del modelo higienista, lo que permite vislumbrar aspectos que la investigación de carácter global no mostraba, como las prácticas, las resistencias y las apropiaciones científicas.

Dice Márquez Valderrama “que los médicos, relevándose constantemente en el desempeño de los cargos públicos y como cabildantes, con un decidido empeño en la práctica de la asistencia pública, y mediante sus propuestas, empresas e iniciativas, formaron una especie de protagonismo del cuerpo médico en la regulación y organización de la ciudad.”¹² Esto hizo que se resolvieran con rapidez algunos problemas de higiene y salubridad en Medellín, hasta llegar a convertir la cuestión sanitaria en política pública. Esta misma intervención de los médicos para convertir las enfermedades en tema de gobierno mediante la representación sociocultural de la enfermedad se puede encontrar en el artículo de Abel Martínez.¹³ Este estudio de caso de Boyacá en el siglo XIX, nos muestra la relación de los médicos con los poderes públicos para convertir el problema de la lepra en problema a la vez económico y político.

La segunda línea de investigación observada, está enfocada en la construcción cultural y social de la enfermedad y sus repercusiones científicas. Diana Obregón en Batallas contra la lepra. Explora los efectos sociales, culturales y políticos de la omnipresencia de la lepra en la historia de Colombia y sirve para entender la enfermedad como problema histórico en nuestro país. En este libro la autora analizó la imagen social de la enfermedad y el infortunio que genera en los pacientes, así mismo busco los efectos sociales y culturales de las deformidades e incapacidades que se producen cuando la enfermedad no se maneja de manera apropiada. Basándose en los estudios sociales de la ciencia, la tecnología y la medicina, pretende ir más allá del planteamiento biológico, “no solamente para entender las enfermedades en sus contextos sociales y culturales, sino para

¹¹ MORENO JARABA, Tany Liliam. Historia de la salud pública en Bucaramanga 1920-1973.

¹² MÁRQUEZ VALDERRAMA, Jorge; GARCÍA, Víctor Manuel: La comisión sanitaria municipal de Medellín: surgimiento de un modelo de control Higienista. En: Poder y saber en la historia de la salud en Colombia. Editorial Lealon, Medellín, 2006. Pág. 19.

¹³ MARTÍNEZ MARTIN, Abel Fernando. Boyacá: Inmensa leprosería. Colombia: primera potencia Leprosa. Medicina, Iglesia y Estado (1869 – 1916). En: Poder y saber en la historia de la salud en Colombia. Editorial Lealon, Medellín, 2006. Pág. 56.

^{*} Los médicos contribuyen con la exageración de número de leprosos con la publicación de sus trabajos sobre la lepra, al tiempo que manifiestan su insistencia en el aislamiento de los enfermos.

examinarlas como construcciones de una historia, una sociedad y una cultura determinadas.”¹⁴

Siguiendo los estudios de la historia social de la ciencia y de la medicina, se pueden encontrar algunos textos donde se exponen las diferentes formas de representación de los trabajos científicos colombianos y su legitimación frente a la sociedad¹⁵, A nivel nacional se encuentran otros textos importantes para estudiar la historia de la ciencia y de la medicina, se debe señalar aquí que estas líneas de investigación planteadas abordan la historia de la medicina desde el punto de vista de su institucionalización, demostrando que estos proyectos médicos se constituyeron para Colombia en ordenadores de espacio urbano, así como, en procesos de cambio social vistos como adelanto y progreso. Entre ellos observamos el texto de Néstor Miranda Canal titulado, Historia Social de la Ciencia en Colombia. La institucionalización de la medicina en Colombia.¹⁶ Este trabajo está dividido en dos partes, con las cuales se explican las dos corrientes o escuelas con las cuales se implanto el carácter de lo que ahora es la medicina en Colombia, el paso de un modelo medico a otro, (del francés al norteamericano) y como este se da, de una manera irreversible, conflictiva y transformadora.

Muestran como en el proceso de institucionalización de la ciencia y la medicina en América Latina intervienen estos dos factores, y aunque el proceso inicia en el siglo XVIII, solo se consolida claramente hasta mediados del siglo XX, con sus diferencias específicas según el contexto geográfico, económico, demográfico, social, político y cultural de cada una de las regiones. Para el estudio específico de Colombia, los autores estudiaron todos los niveles sociales, desde el Estado hasta la actitud cultural y la práctica profesional, pasando por la economía, los modelos de desarrollo, la educación, la producción, pero sobretodo el de la política, que como ellos afirman estuvo siempre ligada con los problemas de la salud.

Jorge Márquez¹⁷ nos revela desde el inicio que, el principal objetivo de esta investigación histórica es analizar la asimilación local de los descubrimientos pasterianos y de la primera microbiología. Para esto nos muestra a los médicos como los principales representantes, quienes mediante el uso y relación de las teorías prepasterianas y pasterianas sobre las causas de las enfermedades epidémicas y endémicas, conforman en Antioquia algunas instituciones, que delimitaron e intervinieron ciertos dominios sociales y de la vida urbana.

¹⁴ OBREGÓN TORRES, Diana. Batallas contra la lepra: Estado, medicina y ciencia en Colombia, Medellín, Fondo editorial Universidad Eafit. 2002. Pág. 26

¹⁵ OBREGÓN TORRES, Diana. Sociedades científicas en Colombia. La invención de una tradición 1859 - 1936. Bogotá, Banco de la Republica, 1992. La doctora expone los diversos esfuerzos de los científicos colombianos, aficionados o profesionales, entre 1859 y 1936, por consolidar una organización que les sirviese de marco institucional para el desarrollo de investigaciones científicas.

¹⁶ MIRANDA CANAL, Néstor; QUEVEDO, Emilio y HERNÁNDEZ, Mario. Historia Social de la Ciencia en Colombia. La institucionalización de la medicina en Colombia. Tomo VIII. Colciencias, Colombia, 1993.

¹⁷ MÁRQUEZ VALDERRAMA, Jorge. Ciudad, miasmas y microbios. La irrupción de la ciencia pasteriana en Antioquia. Editorial Universidad de Antioquia. Medellín. 2005.

El autor expone, como la constitución de la primera academia de medicina en Colombia, surgió en Medellín de la gestión no solo de los médicos de aquella época, sino de la unión de estos con algunos hombres pertenecientes al gobierno, quienes desde sus inicios le imprimieron el carácter de oficial y de órgano consultivo para el ordenamiento de la vida urbana, para la publicación de la producción científico-médica y, en general, para responder a los problemas que comprometían la salubridad general. Esas relaciones permitieron el nacimiento de una medicina de Estado, de una medicina urbana, y el despegue de los procedimientos de medicalización de la vida social, pública y privada, así como la normalización de la profesión médica y su vigilancia por parte del Estado.

2. CARACTERIZACIÓN DEL GRUPO DE INVESTIGACIÓN

El Grupo de inmunología y epidemiología molecular (GIEM), fue fundado en el año 2000 y en el año 2015 clasificado A1+ por Colciencias. El interés científico del GIEM está enfocado en la búsqueda de Biomarcadores genéticos y proteínicos de susceptibilidad que estén potencialmente involucrados en el desarrollo de enfermedades infecciosas, oncológicas y de origen autoinmune. Los objetivos del GIEM son: 1. El aporte de conocimientos científicos en el campo de la genómica y la proteómica de las enfermedades prevalentes en nuestro medio, que fundamenten la redefinición de políticas en el manejo de las mismas, mejorando la calidad de vida de los habitantes de la región. 2. Contribuir a la formación de nuevos investigadores a través de la participación en el programa de Microbiología, Maestría y Doctorado de la Universidad Industrial de Santander (UIS). 3. Generar productos biológicos de uso en el diagnóstico, monitoreo y prevención de enfermedades. Los retos establecidos por el GIEM para esta década son: 1. Crear una escuela de pensamiento alrededor de la investigación básica que involucre tanto a los estudiantes de pre como de postgrado de la UIS. 2. Apoyar los programas de postgrado de la UIS involucrando a los estudiantes en las líneas de investigación. 3. Preparar y someter nuevas propuestas de investigación para financiación nacional e internacional que permitan la continuidad de las líneas y del grupo. 4. Publicar los resultados de las investigaciones a nivel nacional e internacional.

Entre sus líneas de investigación se encuentran: Alergia y ambiente; Evaluación celular y molecular de blancos terapéuticos; Genes de respuesta inmune; Inmunología y Medicina Molecular; Inmunopatogénesis de enfermedades infecciosas; Microbiología Molecular; Parasitología humana y veterinaria; Patología tropical infecciosa y extraordinaria – PATRIX; Toxicología Ambiental y Toxicogenómica, aplicados al cuidado de la salud de las poblaciones humanas. Entre sus publicaciones se encuentran 115 artículos publicados en revistas especializadas de países como Estados Unidos, España, Irlanda, Suiza y Colombia entre otras. También cuenta con la publicación de un libro resultado de una investigación en tuberculosis, al igual que la participación en 13 libros con el mismo número de artículos de diferentes editoriales. Cabe resaltar que el grupo de investigación cuenta con algunos trabajos publicados en fuentes noticiosas; su participación en eventos científicos es elevada, registrando un total de 189.

Se encontró una participación del grupo en 53 proyectos de investigación y desarrollo de los cuales está en proceso, Implementación de modernas estrategias de auto toma de muestras combinada con pruebas bioquímicas y de biología molecular para la prevención eficiente de cáncer de cuello uterino en población vulnerable habitante en zonas urbanas deprimidas económicamente, a la cual está inscrita esta pasantía.

3. CARACTERIZACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

“Implementación de modernas estrategias de auto toma de muestras combinada con pruebas bioquímicas y de biología molecular para la prevención eficiente de cáncer de cuello uterino en población vulnerable habitante en zonas urbanas deprimidas económicamente”.

Teniendo en cuenta todos los antecedentes y la gran problemática nacional causada por el cáncer de cérvix en nuestra sociedad; esta propuesta plantea la implementación de un **programa de atención oncológico-preventivo contra cáncer de cérvix** para mujeres perteneciente a grupos vulnerables de bajos recursos económicos con edades entre los 35 a 65 años residentes en barrios deprimidos de la zona norte de Bucaramanga. La población femenina ubicada en este rango de edad se encuentra en alto riesgo de desarrollar el cáncer de cuello uterino y en ella no se recomienda la aplicación de la vacuna existente contra el virus del VPH como tratamiento profiláctico.

Este **programa de atención oncológico-preventivo contra cáncer de cérvix** estaría compuesto de dos fases. La primera fase está constituida por a) un avanzado estudio utilizando modernos dispositivos desechables de auto-toma para adquisición de muestras de tejido cervical directamente en el domicilio de la paciente identificada con alto riesgo epidemiológico por una herramienta TIC (para evitar el desplazamiento del paciente al centro de salud y las incomodidades generadas en la toma de muestra) y b) tamizaje mediante avanzadas tecnologías de biología molecular y bioquímica para establecer la presencia y actividad del virus del VPH (causante del cáncer de cérvix) en las pacientes analizadas en este estudio. Subsecuentemente, estas pacientes identificadas y clasificadas en alto riesgo de desarrollar cáncer cervical, serian trasladadas a el ginecólogo oncólogo que forma parte de nuestro equipo de investigación o en su defecto reportada a su entidad prestadora de servicios de salud para realizar el tratamiento indicado (colposcopia o en casos avanzados terapia anti-neoplásica). Estos individuos identificados con lesiones premalignas o malignas entran a ser parte de la segunda fase del programa, el cual tiene como objetivo hacer un seguimiento diagnóstico preventivo detallado de la paciente en riesgo utilizando herramientas de biología molecular, para eficientemente coordinar y orientando hacia una acertada y eficiente toma de decisiones terapéuticas por parte del médico tratante. Este **programa oncológico-preventivo** permitirá disminuir significativamente los nefastos efectos de la enfermedad, terapéuticos, psico-sociales y económicos que conlleva el diagnóstico y tratamiento de cáncer de cérvix.

Investigador principal:

Bladimiro Rincón Orozco, Ph.D.
Associate Professor School of Microbiology

4. CARACTERIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA

4.1 JUSTIFICACIÓN

Es importante hacer esta pasantía en el grupo de investigación GIEM, ya que llevar los estudios históricos al plano de la ciencia contribuye a fortalecer las relaciones de los grupos científicos y sociales. Pues un estudio interdisciplinario como el aquí planteado, donde se combina y se intercambia activamente la producción científica entre investigadores/estudiantes ayuda a fortalecer el conocimiento, a contextualizar, procesar e interpretar datos del pasado de otras disciplinas como instrumento para realzar o hacer visibles grupos o personas ante las sociedades científicas.

Al analizar las causas de las diversas enfermedades que han encendido las alarmas en el territorio, se pueden observar las respuestas de los médicos y del Estado a los diferentes momentos de emergencia. Y cómo, con sus acciones han contribuido a la creación de lo que ahora son los diferentes centros de salud especializados en el control y cuidado de pacientes con patologías caracterizadas como complejas. en Santander esta iniciativa de traer a la región un especialista en radioterapia dio inicio a la organización de instituciones o sociedades científicas para luchar contra el cáncer, sirvió al gobierno de órgano consultivo para la programación de otras entidades, para la publicación de la producción científico médica y, en general, para responder a los problemas asociados a esta enfermedad.

Estos momentos de emergencia como los llama Marcos Cueto, donde se puede medir el impacto y la respuesta a las diversas enfermedades, ha puesto a los diversos agentes sociales el “*objetivo de identificar patrones de respuesta individual, social y estatal que fueron recurrentes*”.¹⁸ El Estado colombiano tomo estos momentos de emergencia para promover diferentes estudios con el fin de establecer la capacidad asistencial, de recursos disponibles, la potencialidad para el adiestramiento de personal, las modalidades de cuidado y asistencia médica.

El compromiso de este primer informe de pasantía con el cual se expone la historia de las instituciones que se crearon para luchar contra el cáncer en Santander, es relevante para el grupo de investigación GIEM, pues en este contexto se puede comprender el estudio de la asimilación¹⁹ de las diferentes técnicas científicas de las cuales se han apropiado los médicos y otros

¹⁸ CUETO, Marcos. El regreso de las epidemias. *Salud y sociedad en el Perú del siglo XX*. IEP Ediciones. Lima. 1997. Pág. 19.

¹⁹ MÁRQUEZ VALDERRAMA, Jorge. Ciudad, miasmas y microbios. La irrupción de la ciencia pasteriana en Antioquia. Editorial Universidad de Antioquia. Medellín. 2005. P. 5.

^{*} Este autor usa el concepto de asimilación para exponer como “la introducción del pasterianismo en la década del ochenta del siglo XIX coincidió con el proyecto médico y oficial de la conformación de una medicina urbana en Medellín, en la que los dogmas pasterianos transformaron las concepciones tradicionales de higiene y salubridad”.

profesionales de la medicina en el país, para brindar apoyo integral a este tipo de patologías. Para que en un segundo informe se muestren los resultados del programa de atención oncológico-preventivo contra cáncer de cérvix, en el cual se expongan los avances tecnológicos que mediante avanzadas tecnologías de biología molecular y bioquímica establecen la presencia y actividad del virus del VPH (causante del cáncer de cérvix) Esto reducirá significativamente los nefastos efectos de la enfermedad, terapéuticos, psico-sociales y económicos que conlleva el diagnóstico y tratamiento de cáncer de cérvix.

4.2 OBJETIVOS

Los objetivos propuestos para la realización de esta pasantía son:

4.2.1 Objetivo General.

Analizar los procesos de implementación, desarrollo e institucionalización de la radioterapia para la práctica médica en el tratamiento del cáncer en Santander entre los años 1958 a 1985.

4.2.2 Objetivos Específicos.

- Identificar las circunstancias políticas, sociales y culturales que propiciaron la adecuación de la primera unidad de radioterapia y cáncer en el Hospital San Juan de Dios en Bucaramanga (1958).
- Describir el proceso de creación de la unidad de oncología del Hospital Ramón González Valencia (1979) y su incidencia en los factores externos de los tratamientos (tecnología, economía, política).
- Analizar los beneficios de la práctica médica para el control del cáncer y el desarrollo de las unidades especializadas en los Hospitales San Juan de Dios y Universitario Ramón González Valencia de Bucaramanga.
- Establecer la percepción de los pacientes oncológicos sobre la enfermedad y los tratamientos recibidos a partir de las historias clínicas conservadas en la unidad de oncología del Hospital Ramón González Valencia.

4.3 PROCESO METODOLÓGICO EMPLEADO

La metodología propuesta para la presente pasantía de investigación, alcanzara su comprensión partiendo de cuatro objetivos específicos, se recurrirá tanto a fuentes primarias como secundarias (bibliográficas) para llevarse a cabo. Con ellas se presentara el desarrollo institucional y científico que se estableció en Santander para combatir el cáncer de 1958 a 1985. Se hará huso de la entrevista en profundidad con familiares, colegas – amigos y otras personas que trabajaron con el Dr. Espinel, para con ellas obtener información que nos permita aclarar preguntas, orientar la investigación, pero sobretudo que nos permita obtener una

definición personal del biografiado. Así, se establecerá, dadas las particularidades de nuestro contexto un modelo de análisis que defina algunas consideraciones en relación con la vida del Doctor Francisco Espinel y las prácticas médicas - científicas que se producían en el departamento.

Se revisaran algunas fuentes primarias con las que se puede alcanzar los objetivos propuestos. Entre ellas están, el *libro de actas de fundación de la Liga de lucha contra el cáncer*, allí el doctor Espinel trabajó desde su fundación hasta 1979, año en que fue fundada la unidad de oncología del Hospital Ramón González Valencia. Otras fuentes revisadas fueron las publicaciones hechas por el *Diario Vanguardia Liberal*, órgano de carácter informativo en el cual se registraron los sucesos más relevantes para nuestro propósito, y que hacían mención en cuanto a la situación de la problemática de Cáncer en el ámbito santandereano. En él se encuentran registrados los diferentes momentos de la unidad, como su creación, así como el personal y la relación de estos con el entorno. Es una fuente importante ya que también hay documentos que referencian las gestiones realizadas por el doctor Espinel y sus nexos con los entes gubernamentales que influyeron en la creación de las unidades. *La Gaceta de Santander* es una publicación departamental seriada en la cual fueron señalados los informes y estatutos generados a nivel regional que fueron resultado de las preocupaciones sanitarias locales en torno a la problemática que supuso el Cáncer.

Las historias clínicas que reposan en la Unidad de oncología y radioterapia del Hospital Universitario de Santander, así como la correspondencia enviada y recibida por la institución, serán empleadas para sustentar nuestro segundo objetivo específico, que será exponer los roles que asumió en la relación médico-paciente, observando cómo ejerció su práctica médica, la intervención exploración, anamnesis, diagnóstico, pronóstico y terapéutica. Para tal fin, se creó una base de datos, que nos muestra los diferentes elementos para observar los variados tipos de cáncer que afectaron a la población santandereana y su área de influencia; de igual forma, nos informa sobre los diferentes tipos de tratamientos aplicados por el doctor Espinel; la tecnología de la época; el tiempo empleado para los tratamientos; así como las adversidades del quehacer diario que se presentaron en la unidad y que enriquecieron la labor de este médico.

Consultaremos algunos de los documentos redactados por el Dr. Espinel, que se encuentran entre las **publicaciones** de la academia Nacional de Medicina y en diversas **revistas** de medicina. Así mismo, se tomarán fotografías donde se puedan evidenciar los elementos que fueron adaptados o creados por el Dr. Espinel para tratar el cáncer.

Siguiendo este orden de ideas, la labor del médico y de la institución tendrán un manejo de consulta apropiado y los documentos podrán ser consultados, ya que el archivo quedará con una copia de este trabajo de grado y servirá de herramienta para futuros trabajos tanto historiográficos de otro tipo. Pues, el fondo documental

de la unidad fue intervenido bajo los parámetros indicados por la normatividad archivística colombiana. Las Historias Clínicas de la Unidad de Oncología y Radioterapia del Hospital Universitario Ramón González Valencia fueron intervenidas por el autor para el desarrollo de esta investigación y por un compañero que realizó su práctica social, para facilitar la búsqueda de datos básicos tanto de pacientes, como tratamientos médicos consignados en esta serie documental.

4.4 DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS

¿Quién no ha tenido un sobresalto en su vida?, ¿quién no ha temido la cercanía de la muerte?, ¿quién no se inquieta al ver el dolor en los demás? Entrar en una junta médica y escuchar un mal pronóstico causado por la enfermedad; ver de cerca las deformaciones y las mutilaciones que produce el cáncer; ir a la morgue por el concepto de un patólogo y encontrarlo en su quehacer diario. Estas, pueden ser cosas cotidianas para algunas personas que han tenido un entrenamiento previo, pero para la mayoría de la población y aquí me incluyo, son sucesos, en la mayoría de las ocasiones que sobresaltan nuestras vidas.

Esas fueron algunas de las impresiones que como estudiante de historia sentí al llegar a la unidad de oncología. Pues mis percepciones como las de cualquier persona que no pertenezca a un lugar donde se reúne un grupo interdisciplinar de profesionales de la salud, capacitados para discutir sobre una enfermedad tan temida, hicieron que en un primer momento mis pensamientos y temores acerca de la muerte afloraran. ¿Y qué pensarán los enfermos? ese otro que no va a la unidad de oncología como observador, sino como instrumento de ese mal que apareció de repente.

Como observador en la unidad pude enfrentarme a la enfermedad en sus diferentes estados, los olores, los estragos que produce, pero más difícil aun la muerte. La muerte que impera en los corredores de un hospital universitario como el nuestro, cada día más atareado, pues el ingreso de pacientes va en aumento, sumado a las desigualdades que ofrece una seguridad social, cuyos trámites deterioran, no solo a sus operarios sino a la salud en general de los pacientes. Ese panorama desalentador me llevó a reflexionar en el cáncer, en su entorno oscuro y metafórico, viéndolo no solo como un sinónimo de muerte, sino, una muerte señalada. Por eso me vi en la tarea de entender el significado que tienen los enfermos que asisten a la Unidad sobre su enfermedad, y así, en un primer capítulo, enfocar el problema de la enfermedad cuando se carga de connotaciones sociales. Con el apoyo de las historias clínicas de la unidad de oncología y radioterapia del Hospital Universitario de Santander, revisé las apreciaciones que tienen los pacientes de la enfermedad y las implicaciones que estas producen tanto en ellos, como en el personal de la unidad, y de qué manera esta percepción social de la enfermedad ha influido en la aplicación de los tratamientos en la región. (Ver anexo A)

En un segundo capítulo se hizo un recuento histórico con el cual se intentara llevar al lector en un recorrido por los primeros cincuenta años del siglo XX. Esta contextualización de la época es útil ya que con ella se puede comprender la importancia de traer un médico radioterapeuta y con ello la institucionalización del tratamiento del cáncer en la región. Y es que entender el significado del trabajo médico, del esfuerzo que hacen estos profesionales por cada paciente, cada uno con una historia tan diferente como su patología, fue lo que motivó el estudio de las instituciones, que iniciarían hacia el año de 1958, con el doctor Espinel en el hospital San Juan de Dios de Bucaramanga. Es por esto que ahora en los centros oncológicos del departamento, se hace más fácil definir las alternativas de tratamiento que se le proporcionará a cada individuo, pues, se pudo observar en el trabajo de la unidad de oncología, la continuación de lo que fueran los tratamientos propuestos por este médico, en su esfuerzo por salvar la vida. (Ver anexo A)

Así, se intentara en los capítulos III y IV, explicar cómo se dio la Implementación, desarrollo y evolución de las instituciones para la práctica médica en el tratamiento del cáncer en Santander. Respuesta que baste para explicar la tesis de este estudio y que describa el conjunto de relaciones políticas, económicas, culturales, de los dos momentos diferentes de la historia del cáncer en el departamento, por las cuales se fundaron las unidades. La primera unidad en el Hospital San Juan de Dios, se da por las formas de apropiación de la salud del país de mediados de siglo XX; la segunda es un trabajo mancomunado entre miembros de la región para crear en el Hospital Ramón González Valencia la unidad de oncología, sumada a la intervención de parte del Estado en la organización de los servicios de salud. (Ver anexo A)

En el capítulo V, se presenta el proceso de especialización – desde los Radioterapeutas hasta los Oncólogos Clínicos - para el tratamiento del cáncer con quimioterapia en Santander, la cual inicia en el hospital San Juan de Dios a principios de los años setenta y que aún está presente en la Unidad de Oncología del Hospital Universitario de Santander. Para alcanzar este fin se recurre a la fuente oral, mediante la realización de entrevistas a los médicos quienes vivieron esos cambios y a través de los cuales se explican los procesos de formación de lo que con el tiempo se convertiría en una nueva disciplina la Oncología Clínica. Aquí mismo se describen las acciones y procesos que ha promovido la especialidad en la región en cuanto a educación e investigación. (Ver anexo A) La cirugía como modalidad para combatir el cáncer en la región no será expuesta en este trabajo, pues hacerlo requeriría un tratamiento especial dado las diferentes subespecialidades en que esta ha derivado.

Y es que la vida del doctor Espinel merece la admiración de la comunidad, cumplido el trigésimo aniversario de su muerte, esta no puede dejarlo en el olvido y su obra no debe seguir como un objeto invisible ante los ojos de esta tierra que fuera su lugar de trabajo y su última morada. De acuerdo a estas premisas es que

se pretende por medio de esta historia institucional, mostrar los logros de un profesional de la salud teniendo en cuenta su formación técnica y científica, que junto a su concepción humanista y social, pudo ejercer todas sus habilidades en bien de la comunidad.

Es importante para la historia de la medicina en nuestro país exponer la obra del doctor Francisco Espinel Salive, un profesional que trabajara en Santander a mediados del siglo XX, analizando su capacidad y competencia durante sus años de trabajo, los cuales estaban determinados por factores como: la precariedad socioeconómica, la ausencia de otros profesionales en su área, la falta de políticas que garantizaran la satisfacción de los tratamientos, y la tecnología. Ya que fueron hombres como este, quienes en su momento dedicaron su vida a favorecer la de los demás. Pues, con sus acciones contribuyeron a la creación de lo que ahora son los diferentes centros de salud especializados en el control y cuidado de pacientes con patologías caracterizadas como complejas.

4.5 ANÁLISIS DEL PROCESO LLEVADO A CABO

El Grupo de inmunología y epidemiología molecular (GIEN), pertenece a la escuela de microbiología y está dirigido por la Dra. Clara Isabel González. Dentro de sus iniciativas se encuentra un programa de atención oncológico-preventivo contra cáncer de cérvix dirigido por el Dr. Bladimiro Rincón Orozco. Estos protocolos de atención al paciente están basados en las guías de manejo de pacientes para cáncer de cérvix establecidos a nivel nacional en combinación con las más exigentes y efectivas guías de manejo diagnóstico implementadas en Estados Unidos y en Europa que han demostrado ser una herramienta eficaz en la disminución tanto en la incidencia como en la mortalidad de cáncer de cérvix y que pueden ser aplicadas en Colombia eficientemente si se tiene la preparación científica y tecnológica necesaria para su correcto establecimiento.

En la planeación de su investigación, el doctor Bladimiro observó la falta de un aporte histórico para el tema del cáncer cervicouterino en Santander. Teniendo en cuenta los objetivos del grupo de investigación, decidió hacer una investigación en la cual se rastrearán las innovaciones tecnológicas de este tipo de tratamiento para analizar su variación a través del tiempo. De esta idea surgió la propuesta, Institucionalización del tratamiento del cáncer en Santander. Innovaciones tecnológicas del médico Doctor Francisco Espinel Salive.

La pasantía inicia en la Unidad de oncología y Radioterapia del Hospital Universitario de Santander, lugar donde se atiende a pacientes con este tipo de patologías. El repositorio de la Unidad de Oncología del HUS alberga documentos desde el año 1961 hasta la actualidad; sin embargo, durante este período la procedencia de los documentos es distinta según ha cambiado la razón social de la empresa en tres ocasiones, siendo el primer documento del archivo la historia clínica número 0976 emitido por el Hospital San Juan de Dios de Bucaramanga el

13 de septiembre del año 1961 [en la chuspa registra octubre de ese año], hasta los documentos producidos a la fecha de hoy [julio-2013] por el Hospital Universitario de Santander E.S.E. Después de obtener este dato, se ordenó cada Historia clínica de acuerdo a la presencia de los tipos documentales referenciados a continuación: 1) Hoja de Evolución, 2) Resultado de Biopsia, 3) Estudios socioeconómico, 4) Registro Médico, 5) Esquema de Tratamiento, 6) otros, como exámenes. Esto nos sirvió para establecer, las fechas cercanas a la creación de estas unidades, que médicos hicieron práctica en estas unidades, las especialidades con las cuales estaban vinculados a la unidad y el tema de las tecnologías empleadas en los tratamientos.

Ser un visitante regular de la unidad permitió conocer el tipo de prácticas que en este lugar se realizan, esta participación propició el primer capítulo de este informe, en él, se reúnen los conceptos que giran alrededor de una enfermedad cuando está cargada de connotaciones sociales. En los pacillos los pacientes demostraban con acciones negativas el ser diagnosticado con cáncer, así mismo las historias clínicas revelan toda esta mala publicidad que ronda esta enfermedad y cuando es recibida por los pacientes crea en ellos, una personalización de todas las situaciones relacionadas con la metáfora.

Retomando la búsqueda, en internet encontramos la información del Anuario General de Estadística. Este archivo PDF, contaba con datos del departamento de Santander desde 1875, con la revisión de este documento se generó el segundo capítulo de este informe, ubicando el contexto histórico de la época de estudio. Con el producto de estas investigaciones se determinó las necesidades de salud del Departamento, se estableció la capacidad asistencial, las necesidades de la población, la potencialidad para el adiestramiento de personal, las modalidades de cuidado y asistencia médica, y los registros de morbimortalidad por causas de las enfermedades entre ellas el cáncer.

Por medio de las Actas de la Liga Santandereana de Lucha Contra el Cáncer, se pudo verificar mucha de la información que ya se había recolectado por medio de las entrevistas que se hicieron a algunos colegas y a la esposa del Dr. Espinel. En un tercer capítulo analizamos los orígenes del proceso de creación de la primera unidad de Radioterapia y Cáncer en el Hospital San Juan de Dios de Bucaramanga en 1958. Centrando este estudio, en la manera como fue conformándose el servicio dentro de esta institución hospitalaria, quienes fueron sus principales benefactores y promotores, los tipos de tratamiento, las primeras campañas de promoción y prevención de la enfermedad, hasta la transferencia a una nueva unidad, que sería conformada en el Hospital Ramón Gonzales Valencia en 1979.

En los capítulos tercero y cuarto, se reúnen los elementos teóricos propuestos para hacer la investigación, se hizo un contraste de las fuentes con la línea de investigación propuesta, “medicina y poder. Con ellos se pudieron señalar el

origen histórico de estas instituciones de lucha contra el cáncer, señalar las estructuras sociales que intervinieron en el proceso, así como establecer que el desarrollo de estas instituciones fueron una continuidad, pues el rol desempeñado por el Dr. Espinel lo había aceptado como una función de su elección ocupacional y de entrenamiento en el INC.

En los viajes que se planearon a Bogotá encontramos la información académica del Dr. Espinel, en el INC, no se pudo acceder a la documentación del médico, pero si obtuvimos sus registros por medio de la Universidad Nacional y del Ministerio de Salud. Allí en el Ministerio, se encontraron los decretos y los planes que fueron ejecutados por el Estado en materia de cáncer. Con estas leyes el Estado intervenía en forma directa en la unificación de estas Unidades. Igualmente, con estas leyes y decretos se crean los Comités Nacionales y Zonales en la lucha contra el cáncer en el país. A medida que los desarrollos tecnológicos para el tratamiento del cáncer avanzaban y que el Estado incrementaba su intervención en los diferentes asuntos del país, se fueron dando las condiciones para que desde 1968, se pensara en la renovación de la institución médica para tratar la enfermedad en la región. En un cuarto capítulo, se muestran las gestiones realizadas por el Dr. Espinel, para la construcción de la Unidad de Oncología y Radioterapia del Hospital Ramón González Valencia. Para esta labor hay que tener presentes las diferentes entidades en las que este galeno prestó sus servicios entre los años 1958 a 1979, ya que estas instituciones fueron utilizadas, como un canal con el cual conseguir más herramientas para la región en la lucha contra esta enfermedad.

El recurrir a los colegas del Dr. Espinel y otros médicos del Hospital Universitario de Santander, para reunir la fuente oral que cubriera algunos aspectos de este informe, dio las pautas para identificar que los avances más importantes en el tratamiento del cáncer han sido consecuencia de la adecuada integración de las diferentes disciplinas terapéuticas. En Santander los tratamientos contra el cáncer - la cirugía oncológica, la radioterapia y la quimioterapia - iniciaron con la ayuda de verdaderos pioneros, quienes encontraron en el Instituto Nacional de Cancerología, los principios técnicos y científicos que permitieron una aplicación terapéutica que con los años se ha ido desarrollando hasta alcanzar los niveles de investigación, que permiten en la unidad de oncología realizar prácticas propias del perfeccionamiento de cada especialidad.

Por esta razón en un quinto capítulo buscamos darle un lugar a la Medicina Interna y fundamentalmente a la Oncología Clínica como subespecialidad de la misma, ya que la quimioterapia (y actualmente a través de la terapia Biológica y molecular) es el camino más prometedor para la lucha contra el cáncer. En Santander al igual que en Instituto Nacional de Cancerología, las primeras experiencias con quimioterapia no fueron administradas por un médico internista, ni fue un Oncólogo Clínico quien dirigió los protocolos de los medicamentos. Fueron los radioterapeutas vinculados al instituto y las siguientes generaciones de

radioterapeutas quienes hicieron uso de esta nueva terapia en el país, en Santander el doctor Francisco Espinel Salive fue pionero de este tipo de terapias. Por lo tanto este capítulo expone la transición que tuvo esta especialidad y los médicos que estuvieron vinculados a ella. Es este estudio se puede observar como la unidad del Hospital Universitario de Santander, actualmente está disfrutando de un legado que inicia con el liderazgo de la especialización en cáncer que fue ejercido por los radioterapeutas.

El objetivo de esta investigación fue describir cualitativamente los procesos de implementación, desarrollo e institucionalización de la radioterapia para la práctica médica en el tratamiento del cáncer en Santander. Debido a que este trabajo se inserta en un proyecto mayor, la selección de las fuentes para lograr cumplir con las metas y los objetivos planteados, fueron determinadas y se fueron incluyendo según se iban sintetizando los contenidos. Los artículos de las revistas de las diferentes instituciones científicas que estaban relacionadas con esta patología, inician su camino a partir de mediados de siglo XX, y siempre se encontró que estas no siempre contaron con el apoyo institucional por lo cual algunos números y algunos años se dejaron de imprimir. También para este trabajo decidimos enfocarnos en textos de historia social de la ciencia y de medicina, luego de un análisis previo se llegó a la conclusión de que los libros siempre están condicionados por quien los dirige y no se constituían en una fuente que se pudiera verificar.

5. EVALUACIÓN

Esta pasantía en grupo de Investigación resultó en un trabajo complementario, ya que se reunieron en ella los requisitos exigidos por de la carrera de Historia y Archivística. La llegada a la Unidad de Oncología de un estudiante de historia no fue bien vista, el personal de la unidad se preguntaba, ¿qué puede hacer un estudiante de historia en un lugar como este? De la misma manera, también como pasante se tuvo la misma impresión, ¿qué se puede hacer en una Unidad de cuidados a pacientes oncológicos? La respuesta no se hizo esperar, en un primer momento se analizó de qué manera estaba organizada y donde se encontraba la información necesaria para hacer una propuesta que reuniera los elementos del ejercicio profesional, pero sobretodo que convenciera a todos de las acciones positivas que se iban a realizar.

El Hospital Universitario de Santander se encuentra ubicado en la carrera 33 No. 28- 126 en Bucaramanga. Dentro de su complejo de edificios encontramos la Unidad de Oncología y Radioterapia, la cual en su interior alberga el archivo de historias clínicas. Este fue puesto a nuestra disposición después de cumplir con algunos requisitos regulados por la sección administrativa del Hospital. Una vez iniciada la práctica se procedió a hacer la organización del fondo documental que se encontraba acumulado en la unidad, se iniciaron labores en mayo de 2012, se identificó y determinó lo siguiente: La unidad documental del archivo es la Historia clínica. Cada Historia clínica es un documento compuesto; los tipos documentales que lo componen están contenidos en una vaina, 'chuspa', de cartulina no reglamentaria, tamaño media carta, referenciada por el número de historia clínica, además de algunos datos del paciente al que pertenece. Se ordenó cada Historia clínica de acuerdo a la presencia de los tipos documentales referenciados. A la par de organizar el fondo acumulado se fueron sacando los datos que eran necesarios para obtener los objetivos planteados. Este trabajo hizo que nuestro tiempo en esta pasantía fuera más extenso, pero los temas archivísticos alcanzaron claridad en su práctica.

Una dificultad que tuvo esta pasantía estuvo relacionada con las políticas en el uso de la documentación que tienen algunas entidades. Por ejemplo, el Instituto Nacional de Cancerología, guarda en sus anaqueles las hojas de vida de los médicos que se han preparado allí, pero es un archivo que no es abierto al público y la información requerida para este documento no pudo ser obtenida. Otra dificultad en este sentido, fue en las bibliotecas de algunas de las instituciones científicas del país, en las cuales hay que ser miembro activo de dichas sociedades para acceder a la información. Un factor favorable, fue que la unidad designó al Dr. Jesús Insuasty, con su intervención, algunos de sus colegas permitieron reuniones donde fueron entrevistados, muchas de estas entrevistas fueron la fuente oral con la que se pudo constatar y contrastar la información obtenida en otro tipo de fuentes. Igualmente el doctor Insuasty actuó como

intermediario ante estas instituciones y se pudo obtener alguna bibliografía pertinente para este estudio.

El obtener toda la información para este trabajo consumió largas jornadas de trabajo y gastos extras de dinero en los viajes a Bogotá y Medellín, esta experiencia para un futuro investigador es pertinente, ya que estas acciones definen el ejercicio profesional de un historiador. Puede decirse que los objetivos propuestos en esta pasantía fueron cubiertos en su totalidad. La única fuente de la que nunca se obtuvo información y por la cual se averiguó en diferentes ocasiones fue el archivo del Hospital San Juan de Dios. Todos los temas relacionados con esta fuente se lograron cubrir con la fuente oral, pero en muy pocas ocasiones se pudo verificar la información. Causa malestar el pensar que toda la información - de finales de siglo XIX y primeros del siglo XX,- en cuanto a historiografía y medicina del Departamento está pérdida y ninguna institución o el Archivo General de la Nación estén al tanto de la documentación.

Estas instituciones como la Unidad de Oncología y la Escuela de Microbiología, que cuentan con profesionales que poseen un alto nivel académico, son relevantes para los estudiantes, ya que existe gran variedad de grupos de investigación en los cuales se puede poner en práctica nuestro ejercicio profesional, abriendo espacios en las revistas científicas a nuevos investigadores.

6. CONCLUSIONES

Para efectuar cada capítulo de esta investigación se entablo una red de relaciones, con otras investigaciones; con algunas entidades y comunidades científicas y con profesionales de diferentes gremios de la ciudad. Con cada uno de estos se entablo una comunicación que derivó en la construcción de este trabajo científico. Cabe mencionar que se enriquece el ejercicio profesional, ya que, la voz experta en el área en la cual se iba realizando la investigación daba mayor sentido a los conceptos previos por su relevancia y pertinencia.

Las funciones delegadas y las labores sugeridas durante el tiempo de la investigación, lograron que una idea alcanzara su definición en un interesante y novedoso trabajo. Comentar, asentir o señalar incongruencias, impulsaron la creación de un artículo, con el cual se consiguió el primer puesto del concurso Roberto Esguerra Gutiérrez, de la Asociación Colombiana de Medicina Interna (ACMI). Aporte enriquecedor de esta experiencia como persona y como historiador.

El desarrollo de la experiencia dejó ver los baches o vacíos existentes para hacer investigación. Aunque se lograron las metas con el método propuesto, sin embargo existieron funciones básicas que no se lograron sin la ayuda o mediación de otras personas. Es primordial para hacer investigación tener un “padrino” en cada círculo social al cual se pretenda ingresar. Ante esta imposibilidad, los resultados de cualquier investigación podrían no ser alcanzados. A pesar de esos tropiezos se logró hallar información relevante para cualquiera que se interese por la investigación y su relación entre historiografía – medicina.

Como proyección, se espera poder seguir en esta línea de investigación, realizando alguna maestría e incorporando artículos y textos de las ciencias de la vida.

BIBLIOGRAFÍA

ABREU HERNÁNDEZ, Luis Felipe e Infante Castañeda, Claudia B: La educación médica frente a los retos de la sociedad del conocimiento. Academia Nacional de Medicina de México A.C. Gaceta Médica de México. Volumen 140. Número 4. Julio - Agosto 2004.

ANUARIO ESTADÍSTICO DE COLOMBIA. Imprenta de Medardo Rivas. Bogotá. 1875. p. 106. Disponible en: ftp://ftp.colombiestad.gov.co/books/LD_70104_1875.PDF

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE FACULTADES DE MEDICINA, ASCOFAME: seminario: El médico general una propuesta al futuro. Bogotá, junio 7 – 10, 1978. Editorial Andes, 1979.

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE FACULTADES DE MEDICINA. Objetivos de la educación médica en Colombia y metodología para la actualización del currículum. División de educación y planeación. Boletín No. 3 – 1970.

BADGLEY, Robín F: Ciencias sociales y planeación de la salud: Cultura, enfermedad y servicios de salud en Colombia. Traducción de la publicación trimestral de la Fundación Milbank Memorial. Volumen XLVI, Numero 2, Abril de 1968, parte 2.

BADGLEY, Robín F: Ciencias sociales y planeación de la salud: Cultura, enfermedad y servicios de salud en Colombia. Traducción de la publicación trimestral de la Fundación Milbank Memorial. Volumen XLVI, Numero 2, Abril de 1968, parte 2.

BOLETÍN DEL COMITÉ NACIONAL DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER: REPUBLICA de Colombia. Ministerio de Salud Pública. Sección de Educación Sanitaria. Número 7. Bogotá D. E. 1962.

BOLETÍN DEL COMITÉ NACIONAL DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER: Republica de Colombia. Ministerio de Salud Pública. Sección de Educación Sanitaria. Número 1. Bogotá D. E. 1961.

BOLETÍN DEL COMITÉ NACIONAL DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER: Republica de Colombia. Ministerio de Salud Pública. Sección de Educación Sanitaria. Número 1. Bogotá D. E. 1961.

BOLETÍN DEL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA: República de Colombia. Instituto Nacional de Cancerología, Sección de Epidemiología y Prevención. Número 20. Bogotá D. E. Diciembre de 1970.

BOLETÍN DEL OBSERVATORIO DE SALUD PÚBLICA DE SANTANDER: Noticias. Año 8, Numero 02, Febrero 01 – 29 de 2012. ISSN 1909 – 1044. Santander, Colombia.

CACERES, Humberto: Historia del Instituto Nacional de Cancerología. Empresa Social del Estado, 1928 – 1998. INC. Santafé de Bogotá. 1998.

CÁCERES, Humberto: Instituto Nacional de Cancerología. Empresa Social del Estado, 1928 – 1998. INC. Santafé de Bogotá. 1998.

CALVO, F. A. Pérez Romasanta, L.A. Ortiz, de Urbina D.. Avances en radioterapia. Tecnología y bio-farmacología aplicada. En: GUILLEN PORTA, Vicente: Avances en oncología. ARÁN. Ediciones. S. L. España. 2002

CARRIZOSA ARGAEZ, Rafael: En: Boletín del Comité Nacional de Lucha Contra el Cáncer. Ministerio de Salud Pública. Sección de Educación Sanitaria. Bogotá D. E. 1962.

CASTAÑEDA PLATA, César Andrés: La historia de la Liga Santandereana de Lucha Contra el cáncer está documentada y puede ser consultada en: La historia del cáncer en Bucaramanga: una problemática social vista a través de la liga santandereana de lucha contra el cáncer: 1961-1980. UIS, Facultad de Ciencias Humanas, Escuela de historia, Bucaramanga, 2011.

CONSTANTIN JIMÉNEZ, Enrique: La radioterapia en Colombia, Los maestros de la radioterapia. Revista Colombiana de Cancerología. Volumen 4. Número 1. Bogotá 2000.

DÁGUER, Carlos, y Riccardi, Marcelo: Al derecho y al revés. La revolución de los derechos sexuales y reproductivos en Colombia. Impreso en Colombia por Printex Impresores. Bogotá, 2005..

DIÁZ-RUBIO GARCIA, Eduardo: La oncología médica como especialidad. En: DIÁZ-RUBIO GARCIA, Eduardo y GARCÍA-CONDE, Javier: Oncología clínica básica. ARÁN. Ediciones S. A. Madrid, 2000.

ESPINEL SALIVE, Francisco. Presentación de un modelo original de aplicadores para la curieterapia intracavitaria por carcinoma del cérvix uterino. Bucaramanga. 1981.

FERNÁNDEZ PÉREZ, Jorge: Elementos que consolidan al concepto profesión. Notas para su reflexión. Revista Electrónica de Investigación Educativa. Vol.3, No.1, 2001.

FORERO CABALLERO, Hernando: Momentos históricos de la medicina colombiana. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. 2009. p.426. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/638/#sthash.Zg0WS3qb.dpuf>. [citado en 28 octubre 2015]

FRIEDMAN, Howard S: La percepción social y la interacción cara a cara. En: Perlman, Daniel. Y Cozby, Chris: Psicología social. Traducción al español: Dra. Julia Norma Soto Suarez. McGraw – Hill. Interamericana. México, S. A. de C. V. 1992.

FUNDACIÓN JOSEP LAPORTE, Publicaciones Universidad de los pacientes: El valor terapéutico en oncología: La perspectiva de pacientes, familiares y profesionales. Edición y distribución, Fundación Josep Laporte. Barcelona. 2009.

GAITÁN YANGUAS, Mario: Breve historia del Instituto Nacional de Cancerología de Bogotá. Boletín del Instituto Nacional de Cancerología. Vol. 2. No. 6 – Enero - Junio de 1974.

GAITAN YANGUAS, Mario: Diagnóstico precoz del cáncer en general. En: Boletín del comité de Lucha Contra el Cáncer. Ministerio de Salud Pública. Sección de Educación Sanitaria. Bogotá D. E. 1963.

GAVASSA VILLAMIZAR, Edmundo: Club del Comercio. Una historia íntima. 1942 – 1980.

GÓMEZ AGUIRRE, Aldemar: Demanda futura de médicos. En: Asociación colombiana de facultades de medicina. Objetivos de la educación médica en Colombia y metodología para la actualización del curriculum. División de educación y planeación. Boletín No. 3 – 1970.

GÓMEZ, Rocío: La medicina: Una profesión: Departamento de Psicoanálisis. Universidad de Antioquia Affectio Societatis N° 4. Junio, 1999. Pág. 9. <http://antares.udea.edu.co/-psicoan/affectio4.html>.

GUY PETERS, Brainard: El nuevo institucionalismo. La teoría institucional en ciencias políticas. Editorial Gedisa. Traducción Verónica Tirota. Primera edición, Barcelona. 2003.

HENDERSON, James D: La modernización en Colombia. Los años de Laureano Gómez, 1889 – 1965. Traducción: Magdalena Holguín. Editorial Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia. 2006.

HERNÁNDEZ ÁLVAREZ, Mario: La fractura originaria en la organización de los servicios de salud en Colombia. 1910-1946. Anuario Colombiano de Historia Social y de la Cultura 27, 2000.

HERNÁNDEZ ÁLVAREZ, Mario: La salud fragmentada en Colombia, 1910 – 1946. Editorial Unibiblos. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá 2002..

INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA. En: Revista Colombiana de Cancerología. Reseña histórica de la radioterapia en el INC. Instituto Nacional de Cancerología. Bogotá. 2004.

INSUASTY E. JESÚS S. Entrevista # 7. Al doctor Carlos Rojas. Instituto nacional de Cancerología. Hora de grabación 01:00 p.m.

MANTILLA AF., Díaz-Martínez LA., Ballesteros ZJ., Chávez ZJ., Meza LL., Insuasty JS. The Leser-Trélat Sign. A predictor of useful neoplasms in clinic. Acta Médica Colombia. 2014;

MEDINA, Ana María: Representaciones del Cáncer en estudiantes de Medicina: Implicaciones para la Práctica y la Enseñanza. Revista de salud pública. Volumen 9. Págs. 369-379. Septiembre 2007.

MINISTERIO DE JUSTICIA: DEPARTAMENTO JURÍDICO. Artículo 19. La Junta Municipal de Beneficencia y todas sus dependencias estarán sometidas al control y vigilancia del Gobierno Nacional en los términos de la Ley 93 de 1938 y de sus decretos reglamentarios. Personería Jurídica. Resolución número 89 de 1950 (Julio 7). Folio 17.

MINISTERIO DE JUSTICIA: Departamento Jurídico. Personería Jurídica. Resolución número 89 de 1950 (Julio 7).

MINISTERIO DE JUSTICIA: DEPARTAMENTO JURÍDICO. Personería Jurídica. Resolución número 89 de 1950 (Julio 7).

MINISTERIO DE SALUD. Resolución número 5897 de 1978. Por la cual se dictan normas sobre el Programa Nacional de Control de Cáncer. (27 junio 1978). Folio 1

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD: El cáncer de mama en América Latina y el Caribe: Informar sobre las acciones. 2001..

OSPINA LUGO, Julio E: Instituto Nacional de Cancerología esbozo histórico y situación actual. Revista del Instituto Nacional de Cancerología de Colombia. Volumen 1. Número 2. Bogotá 1980.

OTERO RUIZ, Efraím. A propósito de un retrato póstumo: Francisco Espinel Salive (1929 – 1985) Revista Academia Nacional de Medicina. En: www.encolombia.com/medicina.

OTERO RUIZ, Efraím: Setenta años de cáncer en Colombia. Historia del Instituto Nacional de Cancerología 1934 – 1999. Editora Géminis. Santa fe de Bogotá. 1999.

PALACIOS, Marco: Entre la legitimidad y la violencia. Colombia 1875 – 1994. Editorial Norma S. A. Bogotá. 1995.

PARRA ZULUAGA, Gustavo Adolfo: Historia ligada al desarrollo de la medicina en la región y aportes a la comunidad científica mundial. Acta medica colombiana. Volumen 34. Número 2. 2009.

PATIÑO R. Juan Miguel Entrevista # 2 a Francisco Espinel Correal. Hora de grabación: 1:18:42. Grabando nombre de archivo: 140908_001. 8 de octubre de 2014.

_____. Entrevista # 3 Leonor Correal de Espinel. Esposa del Dr. Francisco Espinel. . Hora de grabación 05:060 p.m. Grabando nombre de archivo: 14102*001. Salive. Bogotá, 29 Octubre de 2014.

_____. Entrevista # 1 a Hermana María Ofelia Soto Álvarez. Hora de grabación 04:00 p.m. Grabando nombre de archivo: 141219_001. Fecha de grabación: 19/12/2014. Municipio de la Estrella. Antioquia.

_____. Entrevista # 6 al Dr. Carlos Cortes Caballero. Hora de grabación 08:26:18 a.m. Grabando nombre de archivo: 150326_001. Fecha de grabación: 26 de marzo de 2015.

_____. Entrevista # 6 al Dr. Luis Ernesto Téllez. Hora de grabación 10:00 a.m. Grabando nombre de archivo: 150327_001. 2016.

_____. Entrevista # 4 al Dr. Jesús Solier Insuasty Enríquez. Hora de grabación 08:00 a.m. Grabando nombre de archivo: 150328_001. 2016.

_____. Entrevista # 7. Al doctor Carlos Rojas. Instituto nacional de Cancerología. Hora de grabación 01:00 p.m

PINELL, Patrice: The fight against cancer. Translated from the French by David Madell. This edition published in the Taylor and Francis e – Library, 2004. p. xiii.

PLAZAS, María Cristina et al: Evaluación de los servicios de radioterapia en Colombia. Imprenta. Escala Ltda. Instituto Nacional de Cancerología. Bogotá. 2005. p. 39 – 40.

QUEVEDO, Emilio y otros: De la medicina ilustrada a la medicina anatomoclínica 1782 – 1865. Historia de la medicina en Colombia. Tomo II. Impreso por: Cargraphics. S. A. Tecnoquímicas. 2007.

REPÚBLICA DE COLOMBIA. BUCARAMANGA EN CIFRAS. Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE. Bogotá, D. E. mayo de 1965. Págs. 20 – 21 – 22 – 23 – 24. Disponible en: ftp://ftp.colombiastad.gov.co/books/LD_1041_1965_EJ_5.PDF. [citado en 1 noviembre 2015]

REPÚBLICA DE COLOMBIA. DEPARTAMENTO DE CONTRALORÍA Sección 3ª. Estadística Nacional. Anuario de Estadística General año de 1931. Vol. XXXIII. Imprenta Nacional. Bogotá, 1934. p. 115 – 118. Disponible en: ftp://ftp.colombiastad.gov.co/books/LD_70104_1931_EJ_2.PDF [citado en 13 octubre 2015]

REPÚBLICA DE COLOMBIA. DEPARTAMENTO DE CONTRALORÍA. Sección 3ª. Estadística Nacional. Anuario de Estadística General año de 1930. Vol. XXXI. Imprenta Nacional. Bogotá, 1932. Págs. 121 – 122. Disponible en: ftp://ftp.colombiastad.gov.co/books/LD_70104_1930_EJ_2.PDF [citado en 9 octubre 2015]
ftp://ftp.colombiastad.gov.co/books/LD_70104_1930_EJ_2.PDF [citado en 9 octubre 2015]

REPÚBLICA DE COLOMBIA. MINISTERIO DE HACIENDA – Dirección General de Estadística. Anuario Estadístico 1915. Imprenta Nacional. Bogotá 1917. Págs. 256 – 266. Disponible en: ftp://ftp.colombiastad.gov.co/books/LD_70104_1915.PDF

REPÚBLICA DE COLOMBIA: Anuario Estadístico de Colombia. Imprenta de Medardo Rivas. Bogotá. 1875. p. 112. Disponible en: ftp://ftp.colombiastad.gov.co/books/LD_70104_1875.PDF [citado en 28 octubre 2015]

REPÚBLICA DE COLOMBIA: Boletín Mensual De Estadística. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. AÑO IX Bogotá D. E. Noviembre 20 de 1959. Número 104. p. 10 – 11. Disponible en: ftp://ftp.colombiastad.gov.co/books/BOL_104_1959-58.PDF. [Citado en 21 octubre 2015]

REPÚBLICA DE COLOMBIA: Boletín Mensual De Estadística. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. AÑO VIII Bogotá D. E. Marzo 20 de 1958. Número 84.p. 3. Disponible en: ftp://ftp.colombiastad.gov.co/books/BOL_84_1958-55.PDF. [Citado en 30 octubre 2015]

REPÚBLICA DE COLOMBIA: Boletín mensual de estadística. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. AÑO XI Bogotá D. E. Enero 20 de 1962. Número 130. Pág. 8. Disponible en: ftp://ftp.colombiastad.gov.co/books/BOL_130_1962-63.PDF. [Citado en 26 octubre 2015]

REPÚBLICA DE COLOMBIA: Boletín Mensual De Estadística: La precisión con la cual se clasifica una defunción dentro de la lista internacional de causas de muerte depende de la forma exacta y completa de la certificación médica contenida en el certificado de defunción.. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. AÑO IX Bogotá D. E. Noviembre 20 de 1959. Número 104. p. 9. Disponible en: ftp://ftp.colombiastad.gov.co/books/BOL_104_1959-58.PDF. [citado en 5 octubre 2015]

REPÚBLICA DE COLOMBIA: Dirección Nacional De Estadística. Boletín No. 16. Multilith Estadinal. p. 4. Disponible en: ftp://ftp.colombiastad.gov.co/books/BOL_16_1952-43.PDF. [citado en 17 octubre 2015]

REPÚBLICA DE COLOMBIA: Economía Y Estadística. Revista del departamento administrativo nacional de estadística. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Bogotá, marzo 30 de 1954 Año IX. Número 78. p. 39 – 40. Disponible en: ftp://ftp.colombiastad.gov.co/books/BOL_78_1953-20.PDF. [Citado en 28 octubre 2015]

REPÚBLICA DE COLOMBIA: Economía Y Estadística. Revista del departamento administrativo nacional de estadística. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Bogotá, marzo 30 de 1954 Año IX. Número 78. Págs. 39 – 40. Disponible en: ftp://ftp.colombiastad.gov.co/books/BOL_78_1953-20.PDF. [citado en 1 noviembre 2015]

REPÚBLICA DE COLOMBIA: Informe al Congreso Nacional 1963. Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE. Multilith Estadinal. Bogotá, 1963. p. 111. Disponible en: ftp://ftp.colombiastad.gov.co/books/LD_363_1963_EJ_3.PDF.

SÁNCHEZ, Mariano y Sáez, Juan: El estudio de las profesiones. La potencialidad del concepto de profesionalización. Universitas Tarraconensis: Revista de ciencias de leducació. ISSN 0211- 3368, No.1, 2009,

SERPA FLOREZ, Fernando: Médicos, medicina e historia. Editorial Andes, Bogotá, Colombia. 1977.

SERPA FLOREZ, Roberto. Cinco cancioncillas De León de Greiff. SIC. Editorial Ltda. Colombia. 2002.

SERPA FLÓREZ, Roberto: Historia de la medicina. Apuntes para la historia de la medicina Santander y la UIS. Médicas UIS. Revista de los estudiantes de medicina de la Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga. 2007.

SONTAG, Susan: La enfermedad y sus metáforas. El sida y sus metáforas. Traducción de Mario Muchnik. Random House Mondadori, S.A. España, 2008.

TRABULSE, Elías: La ciencia perdida. Fray Diego Rodríguez, un sabio del siglo XVII. Fondo de Cultura Económica. México D. F. 1985.

UNIDAD DE ONCOLOGÍA Y RADIOTERAPIA HUS: Documento Inédito. Registro de Cáncer. Hospital San Juan de Dios de Bucaramanga. Departamento de Santander 1971.

VANGUARDIA LIBERAL. El certamen científico sobre el cáncer constituyo un éxito. Bucaramanga, Viernes agosto 31 de 1958.

VANGUARDIA LIBERAL. Santander está de luto. Año XXXVII. Número 12007. Bucaramanga, Viernes agosto 31 de 1956.

VELÁZQUEZ PALAU, Gabriel: De que mueren los colombianos. En: Patiño, José Félix et al. Medicina y desarrollo social: La contribución de la educación médica a la tarea del desarrollo económico-social. Asociación colombiana de facultades de medicina. Edición conjunta de Ediciones Tercer Mundo y el Comité Ejecutivo de la A. C. F. M. Bogotá, 1964.

ANEXOS

Anexo A. Informe: Institucionalización del tratamiento del cáncer en Santander. Innovaciones tecnológicas del médico Doctor Francisco Espinel Salive (1958 – 1985)

INFORME:

**INSTITUCIONALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO DEL
CÁNCER EN SANTANDER.
INNOVACIONES TECNOLÓGICAS DEL MÉDICO
DOCTOR FRANCISCO ESPINEL SALIVE
(1958 – 1985)**

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	48
CAPITULO I. LA PERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD	50
1.1 LA PERCEPCIÓN Y LA LUCHA CONTRA EL CÁNCER.....	50
1.2 EL USO METAFÓRICO DE LA ENFERMEDAD	52
1.3 DESCONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD	55
1.4 CULTURA Y ENFERMEDAD EN COLOMBIA.....	57
1.5 REPRESENTACIONES DEL CÁNCER EN LOS PACIENTES DE LA UNIDAD DE BUCARAMANGA.....	58
CAPÍTULO 2. LA SALUD EN LA PRIMERA MITAD DEL SIGLO XX	63
2.1 EL CÁNCER Y LA ASISTENCIA PÚBLICA	63
2.2 EL CÁNCER EN CIFRAS 1900 – 1950.....	65
2.3 EL PANORAMA DE LA SALUBRIDAD Y EDUCACIÓN EN COLOMBIA 1900 - 1950.....	68
2.4 CIEN AÑOS DE SALUBRIDAD EN EL DEPARTAMENTO. EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS.....	73
2.5 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA LUCHA CONTRA EL CÁNCER.....	75
2.5.1 El Instituto Nacional de Radium.....	75
2.5.2 El Instituto Nacional de Cancerología	79
2.5.3 Grandes transformaciones y/o cambio social. 1945 – 1960.....	79
2.5.4 El Frente Nacional.....	83
CAPITULO 3. CREACIÓN DE LA UNIDAD DE RADIOTERAPIA Y CÁNCER DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS. 1958 – 1978	86
3.1 CORONEL QUINTÍN GUSTAVO GÓMEZ RODRÍGUEZ.....	89
3.2 EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BUCARAMANGA. 1950 – 1960.....	93
3.3 FRANCISCO ESPINEL SALIVE	98
3.3.1 La poesía, la música y la pesca	107
3.4 EL SERVICIO DE RADIOTERAPIA. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	117
3.5 PRIMEROS TRATAMIENTOS CON RADIOTERAPIA	125
3.6 MODELO ORIGINAL DE APLICADORES PARA LA CURIETERAPIA INTRACAVITARIA POR CARCINOMA DEL CÉRVIX UTERINO	129
CAPITULO 4. UNIDAD DE ONCOLOGÍA Y RADIOTERAPIA DEL HOSPITAL RAMÓN GONZÁLEZ VALENCIA. 1979 – 1985.....	139
4.1 EL COMITÉ ZONAL DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER	141
4.2 LA LIGA SANTANDEREANA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER	147

4.3 EL PABELLÓN JOSÉ ANTONIO JÁCOME VALDERRAMA.....	148
4.4 INICIATIVAS HACIA LA NUEVA UNIDAD DE CÁNCER	153
4.5 UNA NECESIDAD FUNDAMENTAL: PLANEACIÓN Y CENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DEL DEPARTAMENTO DE RADIOTERAPIA.....	154
4.6 PLAN NACIONAL DE CÁNCER 1975	166
 CAPÍTULO 5. INTERNISTAS - ONCÓLOGOS CLÍNICOS. UN LEGADO DE LOS RADIOTERAPEUTAS PARA LA UNIDAD DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER. 1970 – 2016	176
 5.1 LA ÉPOCA DE TRANSICIÓN. DE LA MEDICINA INTERNA A LA ONCOLOGÍA CLÍNICA	180
 6. CONCLUSIONES	192
 ANEXOS	195

LISTA DE FOTOS

Pág.

Foto 1. Doña Mary Villamizar de Gómez Rodríguez, el Coronel Quintín Gustavo Gómez R. y su hija Gladis.....	91
Foto 2. María Eugenia de Gaitán, Fráncico Espinel, Leonor de Espinel y Mario Gaitán Yanguas padrino de bodas.....	92
Foto 3. Es utilizada por las entidades donde trabajó el Dr. Espinel y con la cual se le rindieron los diferentes homenajes. Se encuentra en la Unidad de Oncología, en el Comité de Ética Médica de Santander y fue entregada a Doña Leonor un año después de su muerte.	99
Foto 4. Contenido del discurso ofrecido por el Doctor Espinel, en Don Matías (Ant.) 1956 (Página 1)	101
Foto 5. Contenido del discurso ofrecido por el Doctor Espinel, en Don Matías (Ant.) 1956 (página 2).....	102
Foto 6. Contenido del discurso ofrecido por el Doctor Espinel, en Don Matías (Ant.) 1956 (página 3).....	103
Foto 7. Mosaico Curso de Cancerología, Instituto nacional de Cancerología 1956.	104
Foto 8. Acercamiento mosaico Curso de Cancerología. De izquierda a derecha el Dr. Espinel esta ubicado en el tercer lugar.	105
Foto 9. Dedicatoria en la que se menciona al Doctor Espinel (página 1).....	109
Foto 10. Dedicatoria en la que se menciona al Doctor Espinel (página 2).....	110
Foto 11. Cuadernillo “Epitafios” de la autoría del Dr. Espinel. (Hoja 1).....	111
Foto 12. Cuadernillo “Epitafios” de la autoría del Dr. Espinel. (Hoja 2).....	111
Foto 13. Cuadernillo “Epitafios” de la autoría del Dr. Espinel. (Hoja 3).....	112
Foto 14. Cuadernillo “Epitafios” de la autoría del Dr. Espinel. (Hoja 4).....	113
Foto 15. Cuadernillo “Epitafios” de la autoría del Dr. Espinel. (Hoja 5).....	113
Foto 16. Cuadernillo “Epitafios” de la autoría del Dr. Espinel. (Hoja 6).....	114
Foto 17. Cuadernillo “Epitafios” de la autoría del Dr. Espinel. (Hoja 7).....	114
Foto 18. Cuadernillo “Epitafios” de la autoría del Dr. Espinel. (Hoja 8).....	115
Foto 19. Cuadernillo “Epitafios” de la autoría del Dr. Espinel. (Hoja 9).....	115
Foto 20. Acto de imposición de la medalla Orden del Mérito Sanitario José Fernández Madrid, 30 de mayo de 1969.	121
Foto 21. Técnica de Paris	131
Foto 22. Técnica de Estocolmo.....	132
Foto 23. Sistema de Manchester	133
Foto 24. Modelo original de aplicadores para la curieterapia intracavitaria por carcinoma del cérvix uterino	134
Foto 25. Aplicador intrauterino	135
Foto 26. Modulo para el aplicador intravaginal	136
Foto 27. Colpóstato de tres tamaños más espaciador.....	137
Foto 28. Plano de la primera propuesta de la ubicación de la Unidad en el edificio principal del HRGV.	157

Foto 29. Plano de la primera propuesta de la ubicación de la Unidad en HRGV y la ciudad de Bucaramanga	158
Foto 30. Plano de la ampliación de la Unidad en HRGV 1984.....	162
Foto 31. Unidad de Oncología del Hospital Ramón González Valencia, 1979	173
Foto 32. COMET TXM250 tomada Unidad de Oncología, BGA.2014	174
Foto 33. THERATRON 780 tomada Unidad de Oncología, BGA.2014.....	174
Foto 34. Plano Unidad de Oncología y Radioterapia 1984 hasta el presente.....	175

LISTA DE GRÁFICOS

Pág.

Grafico 1. Sobrevida (1762 historia clínicas, de pacientes que fueron atendidos entre los años 1961 y 1985)	124
Grafico 2. Registro de casos de Cáncer en Colombia en 1971	144
Grafico 3. Informe Anual de 1971. Boletín del Instituto Nacional de Cancerología.....	145

LISTA DE MAPAS

Pág.

Mapa 1. Zona de influencia de un centro de Radioterapia en Bucaramanga.....	164
Mapa 2. Distancias entre centros de radioterapia y determinación de límites.	165

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A. Acta de grado	196
Anexo B. Comunicación de otorgamiento de la Condecoración al Doctor FRANCISCO ESPINEL SALIVE	198
Anexo C. Foto condecoración José Fernández Madrid. Archivo familia Espinel Correal	199
Anexo D. Foto Ciudadano Meritorio Gobernación de Santander.	200
Anexo C. Foto condecoración José Fernández Madrid. Archivo familia Espinel Correal	200
Anexo E. Foto Discurso hecho por el Dr. Espinel. 30 de mayo de 1979.....	201
Anexo C. Foto condecoración José Fernández Madrid. Archivo familia Espinel Correal	202

INTRODUCCIÓN

El tema del cáncer en nuestro país está presente desde que inicio el siglo XX^{1*}, por el interés de un grupo de médicos, en una nueva especialidad de la medicina cuyo instrumento principal de curación fue el uso de material radioactivo, con el cual se alcanzaron grandes resultados. La introducción de la radioterapia en el país, como especialidad de la medicina, llegaría importada por algunos médicos que estudiaron en el exterior^{2**}. Ellos le brindaron al país nuevas técnicas de curación, diagnóstico y tratamiento, organizaron los estudios en cancerología y fundaron las compañías de Radium, realizando tratamientos en Colombia hasta alcanzar la creación y puesta en marcha de un Instituto que cumpliera con las características necesarias para combatir el cáncer con sede en Bogotá.

En Colombia en los años setenta existían cinco especialidades básicas desde el punto de vista de la medicina clínica - la pediatría, la ginecología, la psiquiatría, la cirugía y la medicina interna. Las prácticas médicas que se ejercieron en Santander después de mediados de siglo XX como la cirugía y la radioterapia propiciaron la creación de las primeras unidades para combatir este nuevo flagelo. Los tratamientos empleados como instrumento para disminuir el dolor y el número de defunciones por causa de la enfermedad, no fueron los únicos avances. En su incorporación al país se requirió de un desarrollo institucional para el ejercicio de la educación, para la práctica médica y para su tratamiento. La institucionalización para el tratamiento del cáncer en Santander, puede verse como la continuación de ese proceso que se fue formando a partir de los esfuerzos de los científicos colombianos de la medicina, quienes iniciaron tratamientos con Radium alrededor del año de 1920, convirtiéndose este en una de las principales armas para

¹ CAMARGO BOHORQUEZ, María Constanza y otros. El cáncer. Aspectos básicos sobre su biología, clínica, prevención, diagnóstico y tratamiento. Ministerio de la Protección Social. Instituto Nacional de Cancerología E. S. E. Bogotá, 2004. P. 11.

* “En el siglo XX, el cáncer se convirtió en una nueva epidemia, esta epidemia se mide en términos de su incidencia. En 1996 se presentaron 10,3 millones de casos, y se calcula que en el año 2020 se presentarán 14,7 millones de casos. En la medida en que el cáncer se fue convirtiendo en una epidemia a nivel mundial, se fue creando en cada país, conceptos claros sobre el significado de los tumores malignos, la prevención, el diagnóstico y las formas de tratamiento”.

² OTERO RUIZ, Efraím. Setenta años de cáncer en Colombia. Historia del Instituto Nacional de Cancerología 1934 – 1999. Editora Géminis. Santa fe de Bogotá. 1999. p. 11 – 16 – 19.

** Entre sus precursores se encuentran los doctores Roberto Sanmartín Latorre y Alfonso Esguerra Gómez, quienes se especializaron el primero en Estados Unidos en la John Hopkins Hospital. Según Otero Ruiz, en *“la clínica (ginecológica) de Kelly tuvo la oportunidad de entrenarse sobre la aplicación del Radium. Luego viajó a Rochester a la clínica de los hermanos Mayo y asistió al curso del Stanley Hospital, cuyo objetivo único era la aplicación de tal mineral radioactivo.”* El segundo, el doctor Esguerra, cursó la carrera de medicina en la Universidad Nacional, de ahí partiría a Francia. *“Inicialmente, llegara a trabajar en fisiología experimental en el laboratorio Lapicque de la Sorbona y de ahí pasara al Institut de Radium de Paris.”* El doctor Esguerra Gómez se especializó en el instituto de Radium de Paris y fue discípulo de Claude Regaud, quien *“a fines de 1928 estuvo en Colombia: dictó cinco conferencias, visitó hospitales, clínicas y la Facultad de Medicina; recomendó la creación del Instituto Nacional de Radium y la firma de un convenio de intercambio entre las facultades de Medicina de Colombia y Francia”.*

combatir una enfermedad que iba aumentando sus víctimas con el pasar de los días. Estos hechos me generan la siguiente pregunta:

Si el Estado colombiano no contaba con dinero, el personal técnico, ni la infraestructura para realizar una detección temprana y mucho menos un tratamiento, ¿Por qué fundar instituciones para luchar contra el cáncer, si según las estadísticas de la época esta enfermedad no figuraba entre las diez primeras causas de muerte entre los colombianos? Las respuestas pueden variar según la posición desde que se mire, el Dr. Efraím Otero afirmó, que la historia del cáncer en el país “se remonta a los albores del siglo XX cuando el descubrimiento de los rayos X y del radium revolucionan el diagnóstico y la terapéutica en una forma que solo se repetirá mucho más tarde, con la era antibiótica.”³ Una conclusión a priori en este sentido es que la radioterapia despertó en los médicos colombianos un interés creciente por el rol que podrían desempeñar las instituciones en la aplicación de esta técnica, que por entonces se consideraba una especie de procedimiento milagroso en el tratamiento del cáncer

Al exponer las causas y los procesos que generaron la creación de las instituciones para combatir la morbimortalidad generada por el cáncer en Santander de 1958 a 1985, se busca revelar ¿Qué tipo de institución es? ¿Qué función tiene? ¿Cómo está estructurada? ¿Bajo qué tipo de relaciones fue fundada? Así mismo con esta pasantía se expondrá la obra del doctor Francisco Espinel Salive; la problemática que giraba alrededor de la salubridad en Colombia en la primera mitad del siglo XX, para comprender las condiciones de vida de la población, las ideas populares sobre la enfermedad, el atraso de la educación médica y la carencia de instituciones para el servicio de la salud.

³ OTERO RUIZ, Efraím. *Setenta años de cáncer en Colombia*. Historia del Instituto Nacional de Cancerología 1934 – 1999. Editora Géminis. Santa fe de Bogotá. 1999. P. 15.

CAPITULO I LA PERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD

“Si el personal médico espera un tratamiento que cure, es más probable que se ajuste a conductas que ayuden y que comuniquen expectativas positivas a sus pacientes; quienes a su vez mejoraran.”⁴

1.1 LA PERCEPCIÓN Y LA LUCHA CONTRA EL CÁNCER

La percepción y el uso de las metáforas para referirse al cáncer fueron universales y se han convertido en información para todos los países del mundo. En Colombia sirvió y ha servido, para formar una idea con un sólo objetivo, luchar contra una enfermedad en expansión, que evoluciona con celeridad en la mayoría de los casos, y para enfrentar un problema de esta magnitud, es oportuno cambiar el sentido a esas nociones y metáforas. La falta de información y el desconocimiento, han jugado en favor del cáncer, así mismo, la percepción que se tiene de la enfermedad y de los tratamientos ha prolongado el tiempo de consulta y los diagnósticos, en suma, se puede decir que, muchos casos de cáncer muy posiblemente hubiesen encontrado curación de haber sido tratados oportunamente.

Aunque las repercusiones sociales, económicas y emocionales que produce el cáncer, pueden llegar cada día a ser peores por el incremento de personas afectadas por la enfermedad. Así mismo hay que destacar que existen centros para luchar contra el cáncer, que reúnen las condiciones necesarias e infraestructura adecuada, talento humano suficiente y bien entrenado en las diferentes especialidades que requiere el tratamiento y que cuentan con el desarrollo tecnológico y científico, para equilibrar las representaciones sociales, dándole al cáncer un nuevo significado.

Estos centros para el control del cáncer fueron creados a partir del esfuerzo de algunos médicos, quienes desde principios del siglo XX salieron del país e introdujeron en Colombia la radioterapia como especialidad de la medicina para luchar no solo contra el cáncer sino contra otras enfermedades que encuentran curación por medio de la radiación. Pero como se ha dicho anteriormente la percepción y el uso metafórico que ha mantenido esta enfermedad intervino en las decisiones de políticos y médicos en la iniciativa de luchar contra la enfermedad.

Prueba de cómo se percibía el cáncer en el pensamiento político de principios de siglo XX, se encuentra en el discurso que pronunciara el Ministro de Hacienda Esteban Jaramillo al hacer entrega al país, del Instituto Nacional de Radium el 4

⁴ FRIEDMAN, Howard S. La percepción social y la interacción cara a cara. En: Perlman, Daniel. Y Cozby, Chris: Psicología social. Traducción al español: Dra. Julia Norma Soto Suarez. McGraw – Hill. Interamericana. México, S. A. de C. V. 1992. p. 166.

de febrero de 1934. En su alocución se halla la siguiente frase, “a menos que la fuerza motriz y de irradiación emane del mundo espiritual, impenetrable para esa ciencia. Sustancia milagrosa que penetrando en las células y tejidos más recónditos del organismo humano, lucha victoriosamente con una de las mayores y más terribles dolencias, cuyo solo nombre pronuncian los labios con horror, cuando lo pronuncian”⁵. Mientras la enfermedad seguía sumando connotaciones adversas, la radioterapia como especialidad fue vista como una sustancia milagrosa, que curaba todo tipo de enfermedad.

Ese mismo día, el Rector de la facultad de Medicina el Dr. José del Carmen Acosta expresó, “el Instituto Nacional de Radium representa el primer paso fundamental que inicia la república en el camino de la investigación y que encarna la única esperanza para millares de nuestros compatriotas que sienten en sus carnes el hundirse inmisericorde de las garras de ese monstruo que llamamos el cáncer”.⁶ Al terminar su discurso elogiaba el esfuerzo realizado por el grupo de médicos que habían introducido la especialidad, así como algunos elementos radiactivos “con el fin de aliviar no solamente a los favorecidos por la fortuna, que podían buscar los beneficios de este auxiliar de la ciencia en países extraños, sino que principalmente a los infortunados que además de su pobreza debían soportar el zarpazo cruel del más temible flagelo de la humanidad.”⁷ Con estas palabras también hacía hincapié a otro de los principales flagelos presentes para ese tiempo, - la pobreza- la cual se podía divisar en la carencia de instituciones, así como en el recurso humano y tecnológico para lucha contra la morbimortalidad presente en el país.

La percepción de la enfermedad hizo eco en el movimiento científico que llegara a Colombia a principios del siglo XX, orientado por los estudios médicos realizados en el exterior de la nueva especialidad de la radioterapia. Se puede decir que la creación del Instituto Nacional de Radium, encontró su impulso en la iniciativa de aquellos médicos, quienes a sabiendas de que no era un descubrimiento milagroso que curara a todos los pacientes por igual, si dejaron definido que las únicas armas eficientes contra el cáncer eran: La Cirugía, las diferentes formas de aplicación de la Radioterapia (Curieterapia; Roentgenterapia, Cobaltoterapia, Braquiterapia) hasta que la investigación pudiera hallar otras formas de tratamiento.

⁵ CACERES, Humberto. Historia del Instituto Nacional de Cancerología. Empresa Social del Estado, 1928 – 1998. INC. Santafé de Bogotá. 1998. p. 41.

⁶ *Ibíd.*, p. 45.

⁷ *Ibíd.*, p. 45.

1.2 EL USO METAFÓRICO DE LA ENFERMEDAD

En nuestro país sucede a menudo que, por el desconocimiento existente de la enfermedad, por los comentarios cargados de sufrimiento y de dolor de enfermos cercanos, de familiares, e incluso por la escasa publicidad para su prevención, se pueden crear temores y creencias erróneas como las que ha generado el cáncer. La comprensión social de la enfermedad se dificulta incluso para quienes aplican el conocimiento médico experto pues como asevera Ana María Medina, “el cáncer no es fácilmente identificable a través de los síntomas o signos, no es completamente predecible y los tratamientos existentes no son completamente eficaces; y tal vez más difícil aún, no existe una única causa identificada y por lo tanto tampoco su cura. Estas características hacen del cáncer una enfermedad propicia para las metáforas y los usos morales”.⁸ El Dr. Carlos Cortes expuso que incluso con el Dr. Espinel en el hospital San Juan de Dios practicaron medicina tropical, pues algunas patologías como la amibiasis rectal, eran pasadas a consulta por radioterapia para allí ser descartado un cáncer, también aludía el Dr. Cortes el atraso en el que siempre permaneció el laboratorio del hospital.⁹

Las historias clínicas de la unidad de oncología muestran como la mayoría de los pacientes, ven en el diagnóstico un pronóstico de muerte, pues el significado que han formado de la enfermedad es como sigue: “bastante, últimamente han fallecido muchos familiares de cáncer”¹⁰. “no sé porque yo he creído que el cáncer no se cura, yo siento que ya todo se acabó para mí”¹¹ Por no decir la enfermedad, yo sabía lo que me pasaba pero no le dije a nadie, la bola me iba creciendo y creciendo y no decía nada. Yo decía que me va a salir que tengo cáncer y me voy a morir.”¹² “Una enfermedad que mata, que está más propenso para morir que para vivir”.¹³ Estos comentarios relacionados al diagnóstico, sirven para explicar cómo, esta enfermedad es entendida por la sociedad, el miedo al dolor, a la muerte que causa en los pacientes, ha generado el uso global de las metáforas para referirse a ella.

Susan Sontang escribió en su libro, La enfermedad y sus metáforas, “cualquier enfermedad importante cuyos orígenes sean oscuros y su tratamiento ineficaz tienden a hundirse en significados. En un principio se le asignan los horrores más hondos (la corrupción, la putrefacción, la polución, la anomia, la debilidad). La

⁸ MEDINA, Ana María. Representaciones del Cáncer en estudiantes de Medicina: Implicaciones para la Práctica y la Enseñanza. Revista de salud pública. Volumen 9. Págs. 369-379. Septiembre 2007. p. 374

⁹ PATIÑO R. JUAN MIGUEL. Entrevista # 6 al Dr. Carlos Cortes Caballero. Hora de grabación 08:26:18 a.m. Grabando nombre de archivo: 150326_001. Fecha de grabación: 26 de marzo de 2015.

¹⁰ ARCHIVO UNIDAD DE ONCOLOGIA Y RADIOTERAPIA HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMON GONZALEZ VALENCIA. Historia Clínica 2774++++. Folio 3.

¹¹ Ibid. Historia Clínica 3733++++. Folio 13.

¹² Ibid. Historia Clínica 2802++++. Folio 5.

¹³ Ibid. Historia Clínica 2781++++. Folio 9.

enfermedad misma se vuelve metáfora”.¹⁴ En su posición de pacientes estos han sentido y han visto, como lo describe Sontag, el cáncer “deforma, estropea la vitalidad, hace del comer una dura prueba, apaga el deseo. El cáncer es degeneración, los tejidos del cuerpo se vuelven duros. Sus metáforas principales se refieren a la topografía (el cáncer se «extiende» o «prolifera» o se «difunde»; los tumores son «extirpados» quirúrgicamente), y su consecuencia más temida, aparte de la muerte, es la mutilación o amputación de una parte del cuerpo. Al cáncer se lo hace siempre un tormento de dolor”.¹⁵ Pero no solo el dolor, algunos pacientes que presentaron tumores externos, además de ver el cáncer como un mal presagio, lo ven como una enfermedad vergonzosa por las secuelas que esta imprime en el cuerpo. “De verme desfigurado en la cara, no lo puedo superar eso me mata, me tiene destruido, ya no me miro en el espejo, yo voy por la calle y la gente es imprudente.”¹⁶

Además de percibir ya de una forma negativa el ser diagnosticado con cáncer, las historias clínicas revelan toda esta mala publicidad que ronda esta enfermedad y cuando es recibida por los pacientes crea en ellos, una personalización de todas las situaciones relacionadas con la metáfora, “pensar que todo lo malo que pasa, me va a pasar a mí”¹⁷. A mí no me gustaría que fuera una enfermedad de esas, yo quisiera que no fuera el cáncer, le pido a mi dios que me sane de eso, a mí no me gustaría la cirugía. El cáncer va calmado y cuando llega la hora de la cirugía ya no hay nada que hacer”.¹⁸ Hasta ahora yo no sabía que las enfermedades fueran tan macabras, yo nunca he vivido enfermo.”¹⁹ Al pensar en cáncer pienso que es peligroso, que es muerte y que cuando empiezan las quimioterapias eso lo mata más rápido dice la gente”.²⁰ Este miedo generalizado dice Pinell, es debido a la falta de información, pues la población en general desarrolla creencias erróneas y con la ayuda de una tendencia humana hacia la irracionalidad, el cáncer ha terminado polarizando sobre sí todas las obsesiones del mundo moderno.²¹

“Yo todavía aquí donde estoy no sé si me voy a morir del cáncer, que evolución puedo tener con el tratamiento que me mandaron, cuanto tiempo me queda. Cuando escucho la palabra cáncer me deprime enseguida”.²² En este desconocimiento debe imperar la experiencia del médico, quien es en ultimas

¹⁴ SONTAG, Susan. La enfermedad y sus metáforas. El sida y sus metáforas. Traducción de Mario Muchnik. Random House Mondadori, S.A. España, 2008. Pág. 16.

¹⁵ *Ibíd.*, p. 3 – 4.

¹⁶ ARCHIVO UNIDAD DE ONCOLOGIA Y RADIOTERAPIA HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMON GONZALEZ VALENCIA. Historia Clínica 5561++++. Folio 7.

¹⁷ *Ibíd.* Folio. 13.

¹⁸ ARCHIVO UNIDAD DE ONCOLOGIA Y RADIOTERAPIA HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMON GONZALEZ VALENCIA. Historia Clínica 2845++++. Folio 3.

¹⁹ *Ibíd.* Historia Clínica 5537++++. Folio 36.

²⁰ *Ibíd.* Historia Clínica. 6347++++. Folio. 4.

²¹ PINELL, Patrice. *The fight against cancer*. Translated from the French by David Madell. This edition published in the Taylor and Francis e – Library, 2004. p. Xiii.

²² ARCHIVO UNIDAD DE ONCOLOGIA Y RADIOTERAPIA HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMON GONZALEZ VALENCIA. Historia Clínica. 7166++++. Folio 31.

quien notifica el diagnóstico. Ya que es el médico, quien cuenta con el conocimiento de la enfermedad y en esta relación médico - paciente, debe abrir un sinfín de posibilidades desde el éxito del conocimiento aplicado, para la comprensión y el restablecimiento de la salud, así como, para cambiar el significado social de la enfermedad. Al cuestionar sobre el significado de la enfermedad a los pacientes, la mayoría expresa el deseo de conocer sobre su enfermedad y participar de forma activa en su proceso de curación, siempre se preguntan y quieren saber que tienen, saber si tiene cura, o si se ha regado.

Sin embargo, algunos pacientes no perciben en los servicios médicos un acompañamiento real de su dolencia y consideran que “no hay confianza en la relación médico – paciente que facilite procesos de comunicación. No estoy segura de que sigue, si me voy o no me voy a curar, me quiero morir a veces no quiero vivir más”²³. Ciertos pacientes buscan aclarar el diagnóstico con profesionales diferentes a los médicos, como el trabajador social y el psicólogo, pues en ellos encuentran mayor claridad en cuanto a la enfermedad y al tratamiento y más recursos para asimilar su situación. Existen datos en las historias clínicas que exponen como algunos de los pacientes que aunque han escuchado comentarios negativos acerca del tratamiento oncológico, buscaron con celeridad ayuda médica y profesional.

Otros muestran sentimientos de anhelo, o la necesidad de recuperar la salud perdida. Algunos utilizan la espiritualidad como estrategia de afrontamiento. “Yo lo tengo pero aún no lo creo, si Dios permitió que me diera esta enfermedad por algo sería, yo pongo las cosas en manos de Dios.” “Tendrían que cortar el pedazo y andar con una bolsa de por vida, yo le pido a dios que si eso va a ser así que Dios se acuerde de mi”.²⁴ “Lo voy llevando con paciencia, no me desespero ni nada, le pido a mi Dios que me de fortaleza, estoy en manos de Dios y de los médicos.”²⁵ “Aunque la ciencia está muy avanzada primero Dios y luego los médicos, hay gente que se muere y hay gente que logra vivir.”²⁶ Otros piensan que la enfermedad apareció como parte de un castigo divino. “Yo digo que: porque a mí si yo no me considero mala”.²⁷ La variedad de representaciones de cómo se percibe una enfermedad, es precisamente lo que caracteriza a las enfermedades cuyas causas no se comprenden. Y son estas enfermedades, de causas supuestamente múltiples o enfermedades misteriosas las que más posibilidades ofrecen como metáforas de lo que se considera moral o socialmente malo.

²³ ARCHIVO UNIDAD DE ONCOLOGIA Y RADIOTERAPIA HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMON GONZALEZ VALENCIA. Historia Clínica 10987+++++. Folio 153.

²⁴ Ibid. Historia Clínica. ++++3722. Folio 14.

²⁵ Ibid. Historia Clínica. ++++3532. Folio 12.

²⁶ Ibid. Historia Clínica. ++++1750. Folio 38.

²⁷ Ibid. Historia Clínica. ++++3574. Folio 138.

1.3 DESCONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD

En el editorial del Boletín No. 6 del comité nacional de lucha contra el cáncer que fuera publicado en 1962, por el doctor Rafael Carrizosa Argaez, este, argumentaba la necesidad de conseguir fondos para la construcción y dotación de hospitales, igualmente, se debía “facilitar a los pobres de solemnidad, enfermos de cáncer, los medios económicos que les permitan someterse precozmente al tratamiento de su enfermedad, ya que la indigencia, junto con la ignorancia y la despreocupación de los pacientes, es una de la principales causas de demora con que llegan los enfermos al médico”.²⁸ Casi medio siglo después las historias clínicas demuestran que esto no ha cambiado, por el contrario ahora los pacientes encuentran más excusas con las cuales pretenden evadir el contacto con los médicos.

Según un estudio realizado en 2001, por la Organización Panamericana de la Salud, “un obstáculo importante en las intervenciones para controlar las enfermedades es la falta de conocimiento, y la percepción que se tiene de la enfermedad, pues estas median en las posibilidades de acción de parte del público.”²⁹ Durante la investigación, observaron que los pacientes no conocían la enfermedad o no entendían los diagnósticos, debido a la relación entre, el bajo nivel de escolaridad y sus lugares de procedencia. Esto hace que el médico tome el rol de autoridad cultural, quien educa y civiliza al paciente sobre el riesgo ante la enfermedad. Pero el uso técnico del vocabulario empleado en consulta aumenta la incomprensión de los pacientes. Ya que la mayoría de los pacientes que acuden a los servicios de la Unidad, vienen de veredas remotas y en las historias esta expresado el bajo nivel escolar alcanzado.

La mayoría informa no haber hecho ningún grado escolar; muy pocos alcanzaron la primaria completa y solo algunos terminaron los primeros grados de bachillerato. Entre las 120 historias clínicas analizadas, se encontraron solo tres en la que los pacientes terminaron estudios universitarios y se puede apreciar que, el conocimiento de la enfermedad es limitado, pero la percepción que se tiene de la enfermedad es la misma. El problema social creado por el cáncer indica Friedman “puede afectar en forma notoria nuestras percepciones, nuestras reacciones y nuestras interacciones con otros”.³⁰ El cáncer al ser sinónimo de muerte, se convierte en un problema no solo para la salud del paciente, sus familias y todas aquellas personas que lo rodean, también influye en los

²⁸ CARRIZOSA ARGAEZ, Rafael. En: *Boletín del Comité Nacional de Lucha Contra el Cáncer*. Ministerio de Salud Pública. Sección de Educación Sanitaria. Bogotá D. E. 1962. p. 3.

²⁹ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD: *El cáncer de mama en América Latina y el Caribe: Informar sobre las acciones*. 2001. p. 4.

³⁰ FRIEDMAN, Howard S. La percepción social y la interacción cara a cara. En: Perlman, Daniel. Y Cozby, Chris: *Psicología social*. Traducción al español: Dra. Julia Norma Soto Suarez. McGraw – Hill. Interamericana. México, S. A. de C. V. 1992. p. 149

sentimientos y en la actitud que toma la sociedad frente a la enfermedad, pues este desconocimiento favorece a una acción tardía por parte de los pacientes.

¿Cuáles son los factores que contribuyen a que los enfermos consulten tardíamente? En 1963, el doctor Mario Gaitán Yanguas, siendo presidente del comité nacional de lucha contra el cáncer daba sus impresiones del tema del diagnóstico precoz (detención temprana) del cáncer en general y encontraba tres causas principales por las cuales se demoraba el tratamiento adecuado del cáncer: por culpa del paciente; por culpa del médico; y por motivos económicos o dificultades asistenciales. Se expondrán aquí sus análisis al pie de la letra para que el lector pueda sacar sus propias conclusiones:

- a) Ignorancia y falta de información: Se presentó en casi la mitad de los casos de culpabilidad del paciente, sea por simple ignorancia o porque no siguió las indicaciones dadas por el médico. Los pacientes no saben que una afección sencilla como una hemorragia vaginal, un lunar o un vomito de sangre pueden ser un síntoma de cáncer. De ahí la necesidad de darle al público en general, una información sobre estos síntomas, que pueden hacer presumir la presencia de un cáncer, para que consulte inmediatamente.
- b) El factor religioso: Más predominante en algunas regiones del país, consiste en que muchas mujeres consideran como un acto vergonzoso el someterse, no digamos a un examen ginecológico, sino a un simple examen de seno, negándose rotundamente a dejarse examinar del médico, quien desgraciadamente, muchas veces, no insiste lo suficiente en ello.
- c) Factor económico: En el 20% de los casos los pacientes no pueden consultar oportunamente, porque viven en una región apartada donde no hay médico o medios de diagnóstico o porque no tienen facilidad para transporte a los centros donde se pueda hacer el diagnóstico acertado³¹.

Así mismo, expuso otros factores adicionales entre el diagnóstico y el tratamiento oportuno, entre ellos están, “los malos consejos de los amigos, de los vecinos y por la presencia de teguas entre otros.³² Es de notar en sus conclusiones que a la fecha la situación es la misma, y siguen siendo las causas por las cuales no se realiza un diagnóstico oportuno; aunque es un nuevo contexto, la ignorancia producida por la falta de unas políticas claras de promoción y prevención de la enfermedad, el factor económico y las diferentes creencias culturales, permiten que siga prevaleciendo la muerte.

³¹ GAITAN YANGUAS, Mario. Diagnóstico precoz del cáncer en general. En: Boletín del comité de Lucha Contra el Cáncer. Ministerio de Salud Pública. Sección de Educación Sanitaria. Bogotá D. E. 1963. p. 8 - 9

³² *Ibid.*

1.4 CULTURA Y ENFERMEDAD EN COLOMBIA

En Colombia son muchos los factores que influyen en que las personas no visiten periódicamente al médico, y cuando ya se hace urgente la ida a un centro asistencial, todavía pesa la cultura de nuestro pueblo, de visitar la farmacia en primer lugar, a un curandero, un brujo o buscar los servicios de los homeópatas para hacerse tratamiento. Entre los ejemplos más comunes del porque se busca a otras personas diferentes al doctor en nuestro país están: nunca se consigue una cita por teléfono, no hay agenda, el valor del taxi y la cuota moderadora, la lejanía de las instituciones, los médicos de ahora no saben nada.

Si se tiene presente que el desarrollo de la medicina ha llegado a todos los países y el conocimiento medico avanza mostrando adelantos en la tecnología, para ayudar a los médicos con el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades; se supondría que estos importantes adelantos con los cuales se obtienen grandes resultados, deberían funcionar en nuestro país como estímulos para convertir la cultura y cambiar las percepciones que giran alrededor de las enfermedades.

Las representaciones que crean las enfermedades, la falta de información y de una buena comunicación para identificar los problemas y que aporte soluciones a estos factores, se puede explicar tomando como referencia la relación cultura – enfermedad, empleada por Badgley. Quien en su investigación de 1968, Cultura, enfermedad y servicios de salud en Colombia, observó que, la decisión de visitar a un médico o a otro tipo de personal de salud estaba influenciada por las circunstancias sociales del individuo. “El lugar donde habita, su educación, ingreso y ocupación, son factores del ser humano que se relacionan con la cantidad de enfermedades que padece y con el tipo de cuidado médico que solicita, puede pagar o está a su disposición”.³³ Badgley descubrió un tipo de relación entre el ingreso, la educación y el personal de salud visitado, al momento del estudio noto que, entre las personas que tenían problemas de salud, solo visitaban a los médicos aquellos que contaban con educación superior, así como los que tenían altos ingresos. Los pobres y carentes de educación, visitaban al farmacéutico, al curandero o tegua.

Badgley afirmaba que dependiendo de la clase social a la que los individuos pertenecían, había un tipo de personal de la salud al que siempre se recurría. “los colombianos emplean extensamente los servicio de los farmacéuticos, enfermeras, veterinarios, curanderos o teguas, comadronas sin preparación, ensalmadores y otros, trabajadores de la salud sin preparación que trabajan

³³ BADGLEY, Robín F. Ciencias sociales y planeación de la salud: Cultura, enfermedad y servicios de salud en Colombia. Traducción de la publicación trimestral de la Fundación Milbank Memorial. Volumen XLVI, Numero 2, Abril de 1968, parte 2. p. 157.

actualmente fuera del sistema formal de cuidado médico”³⁴. Hay que tener presente que la atención de la salud por parte de los médicos fue el inicio del desplazamiento progresivo de las prácticas curativas populares e indígenas que siempre habían ocupado un lugar muy importante en este territorio. Estas citas son útiles pues con ellas se entiende por qué en Colombia, las personas todavía buscan tratamientos aparte de los médicos para curar sus enfermedades, y porque las percepciones hacia las enfermedades siguen tan enraizadas en nuestro país, haciendo más profunda la incomprensión hacia la enfermedad y la desconfianza hacia los médicos. La suma de estos dos factores hace que las costumbres sociales terminen por impedir la rápida aceptación e implementación de los tratamientos propuestos por la medicina.

1.5 REPRESENTACIONES DEL CÁNCER EN LOS PACIENTES DE LA UNIDAD DE BUCARAMANGA

La incomprensión que genera el diagnóstico de una enfermedad como el cáncer, expone Pinell, “se fue creando a partir de diferentes representaciones sociales, por el carácter mítico que generó la enfermedad desde su descubrimiento”.³⁵ Para construir como perciben los pacientes la enfermedad, después de haber recibido por parte del médico el diagnóstico y el plan terapéutico, se recurrió a los registros consignados en las historias clínicas de la unidad de oncología y radioterapia del HUS, y en especial los folios de la consulta de psicología, con los cuales se pudo identificar la manera en que esta percepción social de la enfermedad ha influido en forma directa en la aplicación de los tratamientos usados para combatir el cáncer en la región. Así mismo se recurrió a las variables que intervienen en el proceso de toma de decisiones, empleadas en el estudio: El valor terapéutico en oncología, ya que la información, las características personales, el entorno social, nos aportan las tipologías con las cuales se le puede dar explicación al proceso de toma de decisiones.

En las historias clínicas se ha observado que la enfermedad produce diferentes reacciones dependiendo de lo que la gente piensa acerca de su cáncer. Incluso se aprecia cómo influyen las opiniones de los médicos y enfermeras, de cómo se transmite el diagnóstico y de cómo se realicen los procedimientos, de todo esto depende que se afecte significativamente o no, la salud física y mental de los pacientes. Friedman afirma que, “algunas personas encuentran difícil creer que la percepción social sea un factor clave en las reacciones de la enfermedad. Sus dudas surgen de una suposición incorrecta de que la enfermedad es un proceso biológico sin elementos psicológicos. De hecho la mente es muy importante para

³⁴ BADGLEY, Robín F. Ciencias sociales y planeación de la salud: Cultura, enfermedad y servicios de salud en Colombia. Traducción de la publicación trimestral de la Fundación Milbank Memorial. Volumen XLVI, Numero 2, Abril de 1968, parte 2. p. 157.

³⁵ PINELL, Patrice. *The fight against cancer*. Translated from the French by David Madell. This edition published in the Taylor and Francis e – Library, 2004. p. Xiii.

el bienestar físico”.³⁶ El ser humano es una totalidad mente y cuerpo íntimamente relacionados, desligarlos mutilaría la realidad del individuo; pues el estado de ánimo del paciente y el significado que tiene de la enfermedad lo llena de temor y angustia que influyen en conseguir el alivio o a creer que el final está próximo.

Lo primero que se ha observado en la unidad de oncología y radioterapia del HUS, es una evidente percepción negativa en la relación médico-paciente, siendo casi siempre el reclamo de los pacientes referido a la atención e información médica; a la no realización de un seguimiento adecuado del paciente o al tratamiento prescrito una vez diagnosticada la condición clínica. La percepción de la enfermedad, como conjunto de esas representaciones sociales afirma Friedman, “enfocando el tema en una enfermedad grave, influirá en la actitud y el bienestar de los pacientes”.³⁷ Los problemas de salud y sobre todo aquellos que nos pueden llevar a la muerte, son temas de un gran impacto y sería muy importante de parte de los médicos que dedicaran el tiempo necesario a explicar a los pacientes las razones de sus actuaciones, teniendo presente que no están hablando con un par, por lo cual deberían insistir en los objetivos de alivio por ellos propuestos.

Se pudo notar igualmente, que el efecto de una mala relación médico-paciente aumenta la percepción social de la enfermedad, influyendo considerablemente en la decisión por parte de los pacientes a no aceptar los tratamientos, por la desconfianza que genera en ellos el no encontrar claridad en la toma de decisiones clínicas. Así mismo, hay que tener presente que todos los pacientes tienen una forma diferente de percibir la enfermedad de acuerdo al tipo de experiencia que ha vivido, en algunos casos se ve, que el conocimiento acerca de la enfermedad es parcial o nulo, lo cual refuerza las creencias erróneas, que dificultan el trabajo de comunicación, donde lo importante es priorizar un tratamiento que logre el bienestar del paciente.

También se puede observar en las historias clínicas de la unidad de oncología, que desde el instante en que el médico establece un diagnóstico y el paciente se da por enterado, la noticia le suele generar a este último una serie de situaciones físicas y psicológicas, que influyen negativamente en las medidas terapéuticas. Esto ocurre en parte por la impresión que se han formado los pacientes y familiares, de creer que los tratamientos contra el cáncer aceleran la muerte. Sontang explica que, “hasta tanto tratemos a una dada enfermedad como a un animal de rapiña, perverso e invencible, y no como a una mera enfermedad, la mayoría de los enfermos de cáncer, efectivamente, se desmoralizarán al enterarse

³⁶ FRIEDMAN, Howard S. La percepción social y la interacción cara a cara. En: Perlman, Daniel. Y Cozby, Chris: Psicología social. Traducción al español: Dra. Julia Norma Soto Suarez. McGraw – Hill. Interamericana. México, S. A. de C. V. 1992. p. 166.

³⁷ Ibid., p. 149.

de qué padecen”.³⁸ La información de una enfermedad grave, es tomada por los pacientes como un hecho confuso, ya que es común asociar las malas noticias con la muerte.

Cuando en la Unidad se les informa el diagnóstico a los pacientes, regularmente ocurre que tienden a perder la noción y la situación de su enfermedad. Al ser cuestionados sobre su diagnóstico, estos expresan no tener conocimiento de la misma e incluso algunos de ellos no saben que decir o tienden a asociar su enfermedad con otros diagnósticos más comunes. Por ejemplo la historia clínica 5720+++ es un paciente diagnosticado con cáncer de estómago quien le expuso a la psicóloga que “puede tener una hernia o que su problema radica en que hace tiempo no se purga”.³⁹ Muchas veces el modo en que llega la información a los pacientes acerca de su enfermedad se ha convertido en un impedimento para los médicos, ya que las creencias erróneas transmitidas por la sociedad vienen cargadas de intereses, valores y deseos personales. Los pacientes consideran en sus decisiones el hecho que los tratamientos puedan producir dolor, disminuir la calidad de vida o resultar una carga adicional para la familia. Además existe un hecho común y es que expresamos nuestras impresiones de la enfermedad con nuestras acciones, nuestro lenguaje verbal y no verbal, nuestras reacciones y las interacciones sociales, ya que transmitimos lo que sentimos al vernos de frente con la enfermedad.

La discusión de la enfermedad con el paciente puede convertirse en un conflicto potencial, ante la indicación de comentarios de otros pacientes. Conocer a los demás expone Friedman, “es un proceso de comunicación y la información que se reciba de esa interacción en que se vive, puede cambiar de modo espectacular las impresiones y la percepción social. Ya que una pieza de información puede tener un significado en cierto contexto, pero otro muy diferente en otro contexto”.⁴⁰ Sentir la muerte tan cerca; el peligro, después del cáncer viene la muerte; hasta ahora yo no sabía que las enfermedades fueran tan macabras; la mutilación; la desfiguración; la soledad; la discapacidad. Estos son algunos de los comentarios más frecuentes que se escuchan en la sala de espera de la unidad de oncología y son las percepciones que finalmente se forman los pacientes y sus familiares.

En el estudio: El valor terapéutico en oncología, los autores afirman que las decisiones que toman los pacientes se encuentran fuertemente influenciadas por las emociones. “Mientras que los pacientes esperan que sus médicos actúen en defensa de sus intereses, existen evidencias científicas de que las decisiones

³⁸ SONTAG, Susan. La enfermedad y sus metáforas. El sida y sus metáforas. Traducción de Mario Muchnik. Random House Mondadori, S.A. España, 2008. p.1.

³⁹ ARCHIVO UNIDAD DE ONCOLOGIA Y RADIOTERAPIA HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMON GONZALEZ VALENCIA. Historia Clínica 5720+++ . Folio 4.

⁴⁰ FRIEDMAN, Howard S. La percepción social y la interacción cara a cara. En: Perlman, Daniel. Y Cozby, Chris: Psicología social. Traducción al español: Dra. Julia Norma Soto Suarez. McGraw – Hill. Interamericana. México, S. A. de C. V. 1992. p, 150.

clínicas están fuertemente influenciadas por los factores socio-demográficos del paciente, incluyendo la edad y los prejuicios; así como los recursos disponibles y las prioridades de acuerdo a los servicios de salud que se necesitan”⁴¹. De allí se ve como las dos partes médico-paciente, son fundamentales en la realización de los tratamientos; por una parte la manera como el médico trasmite la información de la enfermedad a los pacientes, que está constituida por su propia percepción de la enfermedad, sus características culturales, sus experiencias anteriores, sus análisis objetivos y subjetivos que en un momento dado pueden brindar esperanza o desconsuelo y por otra, la del paciente, que con su nivel de educación, sus lecturas del mundo, su comprensión a las explicaciones del médico, influirán conjuntamente en la toma de decisiones, para entender la necesidad urgente de realizarse los tratamientos.

Otro aspecto importante de cómo se percibe la enfermedad, dice Friedman, “concierno al modo en que nos formamos impresiones de la personalidad de otra gente, impresiones que son altamente influenciadas por el contexto. Interpretamos las reacciones de los demás en razón de los antecedentes o de la formación contextual que tenemos disponible”.⁴² En la unidad de oncología la comunicación entre pacientes, hace que ellos se formen conceptos equívocos de la enfermedad, debido en parte al desconocimiento de la misma, pues todos piensan que el cáncer es una sola enfermedad, y que se cuenta con un solo tratamiento. En las historias clínicas de la unidad de oncología, se observan las grandes dificultades por las que atraviesan los médicos, debido a la persistencia de los pacientes a no aceptar ningún tipo de tratamiento o a los abandonos de los mismos, los cuales producen un efecto negativo en el desarrollo efectivo a las técnicas de terapia y de diagnóstico.

Después de casi un siglo de fundado el Instituto nacional de Cancerología, los tratamientos realizados bajo esta especialidad de la medicina, ya deberían ser aceptados por la sociedad, dando fin a la oposición que producen las percepciones a través del “miedo”.^{43*} Sontag asegura que “opiniones tan descabelladas y peligrosas no sólo descargan sobre el paciente la responsabilidad del mal que lo aqueja, sino que, además de impedirle comprender la gama de tratamientos posibles, lo apartan implícitamente de todo tratamiento”.⁴⁴ Así por

⁴¹ FUNDACIÓN JOSEP LAPORTE, Publicaciones Universidad de los pacientes: El valor terapéutico en oncología: La perspectiva de pacientes, familiares y profesionales. Edición y distribución, Fundación Josep Laporte. Barcelona. 2009. p. 25.

⁴² FRIEDMAN, Howard S. La percepción social y la interacción cara a cara. En: Perلمان, Daniel. Y Cozby, Chris: Psicología social. Traducción al español: Dra. Julia Norma Soto Suarez. McGraw – Hill. Interamericana. México, S. A. de C. V. 1992. p. 169.

⁴³ PINELL, Op. cit., p.

* Un miedo incontrolable y excesivo se adjunta a la imagen de cáncer, lo que dificulta la eficacia del tratamiento médico, ya que produce un comportamiento irracional en la población como un todo, así como en los enfermos: o bien una fobia hacia el cáncer que envía constantemente corriendo a los individuos a esperar a su médico, o una fuga de la realidad que les hace posponer el momento de diagnóstico.

⁴⁴ SONTAG, Susan: La enfermedad y sus metáforas. El sida y sus metáforas. Traducción de Mario Muchnik. Random House Mondadori, S.A. España, 2008. p. 12.

ejemplo, cuando para el tratamiento se hace necesario un procedimiento quirúrgico que afecte la estructura original del cuerpo, como una colostomía o una mastectomía radical, la percepción siempre va pensada en términos de pérdida y no como una táctica para salvar la vida. “El doctor me hablo de la colostomía. Si me tocara en estos momentos morirme, no me cuesta trabajo aceptarla, siempre me quita como la voluntad de seguir con la vida”.⁴⁵ “La mastectomía radical”. “La pérdida de mi seno” “Se siente uno como si tuviera medio cuerpo no más”.⁴⁶ “Eso es fatal para mí, una muerte”. Como estrategia para enfrentar la enfermedad evito hablar más de la enfermedad”.⁴⁷ Como mencionaba anteriormente se ve explícita la relación entre mente y cuerpo, o la parte física con la psicológica. La importancia que ejerce el discurso del médico para explicar y persuadir positivamente al paciente, mostrándole que una cirugía en la zona afectada le permitirá gozar de unos años más de vida y no que este sienta que este se juzgue o se vea mutilado

El miedo a la muerte sigue siendo una de las expresiones más comunes usadas entre los pacientes de la unidad de oncología, “uno se muere, una enfermedad que dicen que es incurable, porque en las noticias siempre sale eso”⁴⁸. Por no decir la enfermedad, yo sabía lo que me pasaba pero no le dije a nadie, la bola me iba creciendo y creciendo y no decía nada. Yo decía que me va a salir que tengo cáncer y me voy a morir.”⁴⁹ “Sentía la muerte tan cerca, todo iba a terminar rápido y no iba a ver a mis hijos crecer. La quimioterapia lo acaba a uno muchísimo, lo dejan a uno muy mal, me da miedo que en cambio de mejorar empeore”⁵⁰. Tales interpretaciones crean ideas desalentadoras en las personas que son diagnosticadas con la enfermedad y la manifestación más común es ir en contra de los alcances que ha logrado la ciencia. Deberían existir más políticas de calidad en cuanto a promoción y prevención de la enfermedad que contribuyeran a difundir entre la población soluciones que lleven a un pronto pronóstico, diagnóstico y tratamiento.

⁴⁵ ARCHIVO UNIDAD DE ONCOLOGIA Y RADIOTERAPIA HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMON GONZALEZ VALENCIA. Historia Clínica 3788++++. Folio 12.

⁴⁶ Ibid. Historia Clínica 2826++++. Folio 9

⁴⁷ Ibid. Historia Clínica 6330++++. Folio 3

⁴⁸ Ibid. Historia Clínica 3733++++. Folio 13

⁴⁹ Ibid. Historia Clínica 2802++++. Folio 5.

⁵⁰ Ibid. Historia Clínica. 3200++++. Folio 10.

CAPÍTULO 2 LA SALUD EN LA PRIMERA MITAD DEL SIGLO XX

2.1 EL CÁNCER Y LA ASISTENCIA PÚBLICA

Cuando se presentó en la Convención francesa el proyecto de ley aboliendo la esclavitud, un diputado se levantó y dijo: "No nos deshonremos discutiendo esta ley"; y la gran Convención declaró abolida por unanimidad de votos la esclavitud. Lo mismo puede decirse tratando la cuestión de la asistencia pública. Una sociedad civilizada se deshonraría discutiendo en el campo de la moral si está obligada a socorrer al que, destituido de todo recurso, va a perecer de hambre, de miseria o de dolor....La ausencia completa del Gobierno en el ramo de la beneficencia pública daría a las instituciones de esa sociedad un carácter tal de egoísmo y de dureza, que a la larga se haría sentir de una manera perniciosa sobre los sentimientos humanitarios de los individuos que la componen....El único problema que la moral y la economía tienen que resolver a este respecto, en beneficio mismo de la humanidad, es el de ejercer la beneficencia dando la mayor suma posible de recursos a todos los necesitados, con el menor estímulo posible a la indolencia o a la corrupción de los necesitados culpables.⁵¹

Al abordar el contexto histórico de la época de estudio, hay que plantear las causas que generaron la búsqueda de los métodos para combatir la morbimortalidad generada por el cáncer en Colombia en la primera mitad del siglo XX; así como los factores que afectaron la atención médica. Al exponer la limitada capacidad económica de grandes masas de población, el tamaño y el funcionamiento de los servicios, la actitud de algunos grupos de la población ante la medicina, la escasez de recursos humanos y la inadecuada utilización de los mismos, se puede mostrar la importancia de la conformación de las instituciones para luchar contra el cáncer en la región y principalmente la intervención del doctor Francisco Espinel Salive, quien fuera gestor de estos proyectos.

Basados en los textos de Henderson y Palacios se expondrá el panorama colombiano posterior a 1950, pues para estos autores los procesos políticos resultantes del llamado Frente Nacional produjeron un desarrollo económico y un cambio social que transformó al país sustancialmente. "la expansión geográfica de los servicios financieros y administrativos y la red de transportes y telecomunicaciones, el crecimiento acelerado de la producción y distribución de la electricidad...la dotación de agua potable y alcantarillado, la vivienda propia de los sectores populares urbanos, y en muchas regiones rurales mejoraron las

⁵¹ ANUARIO ESTADÍSTICO DE COLOMBIA. Imprenta de Medardo Rivas. Bogotá. 1875. p. 106. Disponible en: ftp://ftp.colombiastad.gov.co/books/LD_70104_1875.PDF

condiciones de vivienda.”⁵² La respuesta de la salud a este cambio social, puede verse en el sentido de que los problemas de salud que aquejaban a la población se fueron diezmando, la infraestructura, las nuevas tecnologías, las vacunas y los antibióticos harían su parte, pero estos cambios sociales jugarían un papel principal en las tasas de mortalidad.

A principios de siglo XX, las personas que padecían cáncer en Colombia tenían que enfrentar una problemática mayor a la que enfrentan ahora los nuevos pacientes diagnosticados con la enfermedad, a quienes, por diferentes problemas sociales, falla la prevención, no se obtienen grandes resultados de curación debido a diagnósticos o tratamientos tardíos o ausentes. En Santander para la época de estudio, no existían suficientes médicos y menos especialistas para tratar una enfermedad que se fue acentuando a medida que la densidad de la población y la longevidad fueron creciendo. Tampoco existía una infraestructura física adecuada, solo existían los hospitales de caridad, las clínicas y la academia de medicina solo aparece terminando la década de los cincuenta e iniciando los sesenta, condición que generaba un aumento en la tasa de mortalidad por la incidencia de la enfermedad.

En 1951 el Dr. José Antonio Jácome Valderrama^{53*} en su discurso, *Pasado y presente del Instituto Nacional de Cancerología*, indicaba que, “la lucha contra el cáncer debe ser organizada por los gobiernos del mundo, no porque el cáncer sea una epidemia o infeste las ciudades, sino porque callada y silenciosamente va diezmando los mejores valores humanos, que ya sazonados y maduros, podrían dar los mejores frutos.”⁵⁴ Siendo el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) la entidad encargada de registrar las defunciones ocurridas según la incidencia de las enfermedades, se tomaron sus investigaciones para con ellas establecer un perfil que nos indique el número de enfermos y el total de los fallecidos tanto en Colombia como en el departamento de Santander. Estas estadísticas de mortalidad y morbilidad no tienen la uniformidad y exactitud precisas, pero el DANE⁵⁵ hizo la aclaración de que siempre se dificultó la

⁵² PALACIOS, Marco. Entre la legitimidad y la violencia. Colombia 1875 – 1994. Editorial Norma S. A. Bogotá. 1995. p. 293.

⁵³ OTERO RUIZ, Efraím. Setenta años de cáncer en Colombia. Historia del Instituto Nacional de Cancerología 1934 – 1999. Editora Géminis. Santa fe de Bogotá. 1999. p. 132.

* José Antonio Jácome Valderrama nació en Bucaramanga en 1915, estudió medicina en la Universidad Nacional, donde se graduó en 1940; viajó a New York donde hizo cursos de Administración Hospitalaria, trabajo por un tiempo en el Hospital San Juan de Dios de Bucaramanga de donde fue director, y posteriormente se trasladó a Bogotá. Allí se vinculó en la cátedra quirúrgica de la Universidad Nacional, así como en la Facultad de Medicina de la Universidad Javeriana. También fue director del Instituto Nacional de Cancerología en 1951.

⁵⁴ JÁCOME VALDERRAMA, José Antonio. Pasado y presente del Instituto Nacional de Cancerología. Revista de la Facultad de Medicina. Volumen XXII, Nos. 3 y 4, setiembre-octubre 1953. P. 96.

⁵⁵ REPÚBLICA DE COLOMBIA: BOLETÍN MENSUAL DE ESTADÍSTICA. La precisión con la cual se clasifica una defunción dentro de la lista internacional de causas de muerte depende de la forma exacta y completa de la certificación médica contenida en el certificado de defunción.. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Año IX Bogotá D. E. Noviembre 20 de 1959. Número 104. p. 9. Disponible en: ftp://ftp.colombiastad.gov.co/books/BOL_104_1959-58.PDF. [citado en 5 octubre 2015]

clasificación de las causas de muerte, que se hace de acuerdo con la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Defunción, porque para este tiempo en Colombia no se contaba con el recurso humano, técnico, ni con la instituciones suficientes para gestionar este tipo de certificaciones.

Teniendo en cuenta lo escrito por el Doctor Serpa Flórez, “la historia de la medicina en Santander como cualquier historia regional, no debe estudiarse aislada de su contexto histórico nacional e internacional ni de las circunstancias sociales y políticas en cuyo marco se desarrolla”.⁵⁶ Por esta razón tomo las estadísticas nacionales para dar explicación a algunos asuntos locales, ya que con ellas, se descubren detalles que dan importancia a los procesos regionales de implementación y desarrollo de las instituciones para tratar el cáncer. Y es que, con las publicaciones de la estadística nacional, se puede saber en qué momento dado, las campañas de salud del gobierno estaban bien o mal dirigidas, si los médicos fueron o no suficientes, y en que departamentos o municipios debieron ser aumentadas las entidades asistenciales. También, cuáles fueron las enfermedades que causaron un mayor número de defunciones por grupos sociales y por regiones del país; así como, cuantos hospitales, clínicas, asilos y orfanatos existieron.

2.2 EL CÁNCER EN CIFRAS 1900 – 1950

La mortalidad en Colombia por causa de tumores malignos, como lo muestran los datos estadísticos ha ido aumentando de año en año. Las altas cifras demuestran que el cáncer es una enfermedad que en la actualidad cobra la vida no solo de miles de colombianos, sino de muchas personas alrededor del mundo. Según la estadística publicada en el boletín del Observatorio de Salud Pública de Santander en el año 2012, “el cáncer cobra la vida de 33.000 personas, y cerca de 138 mil son víctimas de este padecimiento. De igual manera 2200 menores son diagnosticados anualmente con esta enfermedad”.⁵⁷ Los datos también señalan que los tipos de cáncer que se presentan con mayor frecuencia en hombres son los del estómago, pulmón, de colon, recto y próstata. En el caso de las mujeres los carcinomas más letales son los que se alojan en el cuello del útero, las mamas, el pulmón, el colon y el recto.

Hacia el año de 1915, las enfermedades identificadas como causas de defunción señalaban que tanto en la Republica como en los departamentos el cáncer se encontraba en la lista de las 179 enfermedades reconocidas internacionalmente partiendo del puesto 39. Los tipos de Cáncer hallados en la tabla del anuario

⁵⁶ SERPA FLÓREZ, Roberto. Historia de la medicina. Apuntes para la historia de la medicina Santander y la UIS. Médicas UIS. Revista de los estudiantes de medicina de la Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga. 2007. p. 157.

⁵⁷ BOLETÍN DEL OBSERVATORIO DE SALUD PÚBLICA DE SANTANDER: Noticias. Año 8, Numero 02, Febrero 01 – 29 de 2012. ISSN 1909 – 1044. Santander, Colombia.

estadístico fueron: “los de la cavidad bucal; estómago e hígado; peritoneo, intestino y recto; órganos genitales de la mujer; de la mama; de la piel; de los otros órganos y de órganos no especificados”.⁵⁸ Aunque hubo una mayor incidencia entre las personas mayores de 30 años, la tabla que muestra las causas de defunción por edades, distinguían ya los tipos de cáncer que más se presentaban en la población entre 1 y los 100 años.

Unos años más tarde en 1930, el anuario estadístico divulgaba una lista de las enfermedades generales que causaban la muerte, entre estas se encontraban algunos tipos de cáncer ya consignados en los años anteriores de 1915, 1916, 1917 y otros nuevos como la leucemia y la enfermedad de Hodgkin.⁵⁹ Así mismo, en el anuario de 1931 que fuera publicado en 1934, se pueden observar por grupos las enfermedades que fueron causas de muerte en la República de Colombia. También en este anuario aparecen por primera vez publicadas las estadísticas del Departamento de Santander que antes no habían podido ser publicadas por la falta de datos suministrados a la contraloría. Los grupos de enfermedades fueron divididos así: 1º. Enfermedades infecciosas; 2º. Neoformaciones; 3º. Enfermedades generales; 4º. Enfermedades localizadas; 5º. Enfermedades del desarrollo y puerperales; 6º. Enfermedades no especificadas; 7º. Causas exteriores.

En las causas de muerte por grupos de enfermedades el cáncer quedó registrado en el grupo 2º, llamado de Neoformaciones. En el departamento de Santander para el año de 1931, se registraron 20 pacientes con cáncer y otras neoformaciones malignas y 16 casos de tumores no malignos. En el esquema del Cáncer y otras neoformaciones malignas para la República, aparecen registrados el número de casos nuevos desde 1927 hasta 1930. Para el año de 1927, 1172 casos; en el año 1928, 1269 casos; en el año 1929, 1249 casos y en el año 1930 fueron reconocidos 1207 casos. Los tumores no malignos quedaron registrados así: 189 casos para 1927; 292 casos en 1928; 219 casos en 1929 y 329 casos en 1930.⁶⁰ El número de defunciones según las causas de muerte para el año de 1950⁶¹ fueron como sigue: entre hombres y mujeres se contaron 3624 casos; entre los tumores no malignos o tumores de naturaleza indeterminada hubo un total de 586 casos.

⁵⁸ REPÚBLICA DE COLOMBIA. MINISTERIO DE HACIENDA – Dirección General de Estadística. *Anuario Estadístico 1915*. Imprenta Nacional. Bogotá 1917. Págs. 256 – 266. Disponible en: ftp://ftp.colombiastad.gov.co/books/LD_70104_1915.PDF

⁵⁹ _____. DEPARTAMENTO DE CONTRALORÍA. Sección 3ª. Estadística Nacional. Anuario de Estadística General año de 1930. Vol. XXXI. Imprenta Nacional. Bogotá, 1932. Págs. 121 – 122. Disponible en: ftp://ftp.colombiastad.gov.co/books/LD_70104_1930_EJ_2.PDF [citado en 9 octubre 2015]

⁶⁰ _____. DEPARTAMENTO DE CONTRALORÍA Sección 3ª. Estadística Nacional. Anuario de Estadística General año de 1931. Vol. XXXIII. Imprenta Nacional. Bogotá, 1934. p. 115 – 118. Disponible en: ftp://ftp.colombiastad.gov.co/books/LD_70104_1931_EJ_2.PDF [citado en 13 octubre 2015]

⁶¹ _____. DIRECCIÓN NACIONAL DE ESTADÍSTICA. Boletín No. 16. Multilith Estadinal. p. 4. Disponible en: ftp://ftp.colombiastad.gov.co/books/BOL_16_1952-43.PDF. [citado en 17 octubre 2015]

En las páginas del boletín del DANE de 1959, aparecieron las estadísticas de las defunciones por causa de tumores malignos en el país durante los años de 1957 y 1958, estos fueron divididos en categorías según sexo, edad y localización.

Se registraron en el país 5997 muertes por causa de tumores malignos contra 5756 casos anotados para el año de 1957. De acuerdo con las estadísticas, los tumores malignos se presentan con mayor frecuencia en las mujeres así, por ejemplo durante el año de 1958 por cada 100 muertes por causa de tumores malignos en las mujeres, solo se registraron 72 casos en los hombres. También se observa que los tumores malignos del estómago tienen mayor frecuencia tanto en los hombres como en las mujeres. También es de anotar que la mayoría de defunciones por tumores malignos o cáncer se producen a edad avanzada en Colombia de los 45 años en adelante.⁶²

Luis Vidales en su artículo de que mueren los colombianos, que fuera publicado en el boletín mensual de estadística del año de 1961, expondría algunas de las necesidades del país que en materia de salud hacían falta para alcanzar su desarrollo económico y social ordenado. En su exposición este afirmó que el problema estadístico se da por la falta de un certificado médico en la clasificación de las enfermedades y causas de muerte, ya que, el análisis, “resulta muy defectuoso en los casos desafortunadamente harto frecuentes la ausencia de intervención médica”.⁶³ Y es que para la época las estadísticas mostraban que solo el 50% de las muertes que se registraban en Colombia estaban certificadas por un médico.

Para el estudio de la mortalidad colombiana este autor utilizó los datos publicados en el anuario estadístico de 1958, encontrando las siguientes cifras.

De las 149 enfermedades de la clasificación Internacional solamente 14 ocasionan el 53 por ciento de las defunciones colombianas (más de 170 000 por año) lo que indica que ellas pueden ser consideradas como las enfermedades características de nuestro país. De consiguiente es sobre estas enfermedades que deberá dirigirse de preferencia la atención médica para disminuir la tasa de mortalidad.⁶⁴

⁶² REPÚBLICA DE COLOMBIA: *BOLETÍN MENSUAL DE ESTADÍSTICA*. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. AÑO IX Bogotá D. E. Noviembre 20 de 1959. Número 104. p. 10 – 11. Disponible en: ftp://ftp.colombiastad.gov.co/books/BOL_104_1959-58.PDF. [citado en 21 octubre 2015]

⁶³ VIDALES, Luis. De que mueren los colombianos. En: República de Colombia: Boletín mensual de estadística. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. AÑO XI Bogotá D. E. Marzo 20 de 1961. Número 120. p. 4. Disponible en: ftp://ftp.colombiastad.gov.co/books/BOL_120_1961-61.PDF. [citado en 24 octubre 2015]

⁶⁴ *Ibidem*.

Los tumores malignos causaban el 3 por ciento del porcentaje total de defunciones que anualmente se contaban para la época de estudio. Las enfermedades con más alto porcentaje de mortalidad fueron las del aparato digestivo con un 17% seguida de la enfermedades respiratorias con un 11%, esto debido al atraso cultural y económico del país. En 1960⁶⁵ murieron 6.799 personas lo que representó el 4%; del total de decesos en dicho año, de ellas 3.960 correspondieron a mujeres lo que quiere decir que el 58% de las muertes por dichos tumores se registró en la población femenina.

En un informe presentado al Congreso Nacional, para el año de 1963 el DANE informó la morbilidad hospitalaria, según los XVII grandes capítulos de la clasificación internacional. Esta investigación cubrió un total de 588 hospitales y clínicas del país, presentando las enfermedades en general durante los años 1957 a 1962. De este informe es importante resaltar para nuestro tema el lugar que empieza a ocupar el cáncer en las estadísticas, ya que las epidemias y las elevadas tasas de mortalidad infantil alcanzan un control importante dando paso al cáncer y a las enfermedades del corazón. En resumen el informe dice así: “Los capítulos que merecen mención especial es el de las enfermedades del aparato respiratorio, que con una tasa de 38,44 figura entre las cinco primeras causas de morbilidad, y el capítulo de tumores (neoplasmas) en el que puede apreciarse el lento pero progresivo avance como lo expresa el cambio de 11.09 por 10.000 habitantes en 1957 a 12.86 por 10.000 habitantes en 1962”.⁶⁶ Estas cifras también registran que la población más afectada es la femenina de los 10 a los 50 años.

2.3 EL PANORAMA DE LA SALUBRIDAD Y EDUCACIÓN EN COLOMBIA 1900 - 1950

Los estudios elaborados en el siglo XX, para conocer las necesidades de salud y bienestar de la sociedad, Fueron realizados desde las diversas disciplinas profesionales, debido a las diversas razones culturales, históricas y políticas de Colombia. La creciente participación de las ciencias sociales en cuanto a salud y medicina, se dio por la observada relación entre cultura y enfermedad, “la pobreza social y económica se asocia con el aumento en la prevalencia de la enfermedad y en las tasas de nacimientos”.⁶⁷ Finalmente, con el producto de estas investigaciones se determinó las necesidades de salud del país, con el fin de establecer la capacidad asistencial, las necesidades, la potencialidad para el

⁶⁵ REPÚBLICA DE COLOMBIA. Boletín mensual de estadística. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. AÑO XI Bogotá D. E. Enero 20 de 1962. Número 130. Pág. 8. Disponible en: ftp://ftp.colombiastad.gov.co/books/BOL_130_1962-63.PDF. [citado en 26 octubre 2015]

⁶⁶ _____. Informe al Congreso Nacional 1963. Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE. Multilith Estadinal. Bogotá, 1963. p. 111. Disponible en: ftp://ftp.colombiastad.gov.co/books/LD_363_1963_EJ_3.PDF.

⁶⁷ BADGLEY, Robín F. Ciencias sociales y planeación de la salud: Cultura, enfermedad y servicios de salud en Colombia. Traducción de la publicación trimestral de la Fundación Milbank Memorial. Volumen XLVI, Numero 2, Abril de 1968, parte 2. p. 159.

adiestramiento de personal, las modalidades de cuidado y asistencia médica, los recursos disponibles y formular así un Plan Hospitalario Nacional.

Mario Hernández Álvarez expone que:

La atención de los problemas de salud durante este periodo no es uniforme en Colombia. Por el contrario, se fueron organizando diferentes tipos de respuestas sociales, según las relaciones entre los actores sociopolíticos en la conformación del Estado. Tres tipos de organización venían forjándose desde el siglo XIX en el marco del proyecto de la Regeneración, adelantado por el Partido Conservador en alianza con una fracción del Partido Liberal.⁶⁸

La beneficencia pública dirigida a los pobres, la atención individual por la vía del ejercicio privado de la profesión médica. Y la higiene, con su tradicional división entre pública y privada.^{69*}

En un artículo publicado en 1979, por la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (Ascofame), muestra estos tres tipos de organización pero los describe como subsectores, en los que el médico practicaba su ejercicio profesional. El primero, el sector privado, o del ejercicio privado de la medicina. “El sector privado con sus formas de consumo médico ha impuesto las características profesionales del currículo con un alto énfasis curativo y mínimo contenido social ha estimulado el ejercicio liberal de la medicina y se ha constituido en uno de los campos más importantes de consumo de la producción de las industrias paramédicas, especialmente la farmacológica y la productora de equipos médicos”.⁷⁰ En términos generales puede decirse que quien solicitaba este servicio, era gente económicamente pudiente que podía acceder a él.

El segundo subsector correspondía al llamado de la Seguridad Social, el cual estaba conformado por dos áreas, “una perteneciente a la atención médica que se suministra a la fuerza de trabajo de la industria y el comercio y otra correspondiente a la atención dada a los funcionarios del sistema burocrático del país...Estos servicios han sido estructurados para atender a aquel sector de la población que genera riqueza y por lo tanto tiene una posición estable más o

⁶⁸ HERNÁNDEZ ÁLVAREZ, Mario. La salud fragmentada en Colombia, 1910 – 1946. Editorial Unibiblos. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá 2002. p. 39.

⁶⁹ *Ibid.*; p. 12.

* La fractura originaria en la organización de los servicios de salud en Colombia, su autor expone que “al comenzar el siglo XX, los problemas de salud se resolvían por tres vías en el país: la práctica de los médicos profesionales, la beneficencia privada administrada especialmente por la Iglesia Católica y las prácticas médicas populares. La primera atendía a todo el que pudiera pagar, mientras las otras dos atendían las necesidades de los pobres, sin duda, la mayoría de la población. El "hospital de caridad" era el emblema de este modelo, y en él se prestaban los servicios de alojamiento y comida, junto con algunos servicios de salud y de "bien morir" para los indigentes.”

⁷⁰ ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE FACULTADES DE MEDICINA, ASCOFAME. Seminario: El médico general una propuesta al futuro. Bogotá, junio 7 – 10, 1978. Editorial Andes, 1979. p. 97.

menos garantizada”.⁷¹ El tercer y último subsector nombrado es el de los organismos dependientes del Ministerio de Salud, el cual le prestaba atención médica al 70 % de la población. “Esta población está caracterizada por ser laboralmente inestable, ubicada fundamentalmente en la zona rural, de ingresos económicos reducidos, niveles educativos bajos, dispersa en algunas áreas geográficas y por lo tanto de difícil accesibilidad”.⁷² Estos cambios dice Mario Hernández, se dan después de 1946, por una serie de decisiones públicas con las cuales se crean las instituciones básicas del sistema de salud de Colombia.

En un estudio realizado por la revista Economía y estadística, órgano difundido por el departamento administrativo nacional de estadística, se observa una visión en conjunto del país, que presenta la situación de las ciudades y poblaciones de alguna importancia, indicándonos como era el escenario para Santander a mediados de siglo XX. “Las condiciones higiénicas han mejorado notablemente en los últimos 10 años y los edificios y habitaciones responden a las exigencias sanitarias y ofrecen el confort apetecible en la vida moderna más la habitación campesina es bien pobre y rudimentaria no quiere esto decir que sea una excepción en el conjunto del país, pues ella se asemeja al común de las habitaciones de las demás secciones techo de paja, paredes de bahareque, pisos de tierra y uno o dos cuartos que sirven de dormitorio, comedor cocina, granero, etc. , y en donde es frecuente ver la única habitación convertida en refugio de gallinas y cerdos. Ahora, si a esto se suma una alimentación descompensada monótona, falta de grasas y sustancias minerales que hacen del campesino un ser desnutrido y anémico, es natural que las enfermedades tengan campo propicio para su desarrollo, y a veces sea nula la acción de las campañas sanitarias que tratan de combatir los efectos sin solucionar las causas. Hay en este problema, a más de la pobreza del campesino, una notoria falta de instrucción y cultura pues no es raro encontrar en una parcela diversidad de cultivos legumbres frutales, cereales, etc. a más de aves y por lo tanto huevos más nada de esto ni la más mínima parte la aprovecha el campesino, todo va al mercado siguiendo los cultivadores con su invariable comida de yuca, plátano y panela”.⁷³ Es decir, se daban los escenarios propicios para que el conjunto mayoritario de la población estuviera más expuesta a los factores y por consiguiente, permaneciera en malas condiciones de salud.

⁷¹ ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE FACULTADES DE MEDICINA, ASCOFAME. Seminario: El médico general una propuesta al futuro. Bogotá, junio 7 – 10, 1978. Editorial Andes, 1979. p. 97.

⁷² *Ibíd.*, p. 99.

⁷³ REPÚBLICA DE COLOMBIA: ECONOMÍA Y ESTADÍSTICA. Revista del departamento administrativo nacional de estadística. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Bogotá, marzo 30 de 1954 Año IX. Número 78. p. 39 – 40. Disponible en: ftp://ftp.colombiastad.gov.co/books/BOL_78_1953-20.PDF. [citado en 28 octubre 2015]

El perfil de la población para 1963 elaborado en el estudio, mostró que:

Muchos colombianos viven todavía esclavizados por enfermedades controlables y sus consecuencias...Las diferencias educacionales siguen siendo muy marcadas, un 25 % de la población mayor de 15 años de edad nunca había asistido a la escuela. Además, otro 55 % de los adultos solo habían asistido a la escuela primaria, un 13 % contaba con alguna educación secundaria, y solo el 2 % había alcanzado alguna educación de tipo superior. En la zona rural, el 35 % de las personas de 15 o más años no había recibido educación alguna, una tasa superior al doble de la de los habitantes urbanos. Un 55 % de todos los domicilios carecen de suministro interior de agua, y un 42 % carece de letrinas o retretes (inodoros). Casi el 40 % de las familias viven en cuartos, casuchas o chozas. El número de domicilios carente de agua corriente, instalaciones para la disposición de las excretas, y generalmente en malas condiciones asciende a un 80 %; pero de esta proporción, solo de un 15 a un 30 % se encuentran en las ciudades.⁷⁴

Grandes grupos de población colombiana tenían acceso limitado a los recursos de salud existentes para solucionar sus problemas, así mismo, el estudio reveló que los factores que incidieron en esta situación fueron de tipo geográfico, económico y cultural.

Entre 1964 y 1968, bajo los auspicios de la Organización Panamericana de la Salud y la Fundación Milbank, se realizó el estudio de recursos humanos para la salud y la educación médica en Colombia. Con el desarrollo de este estudio se expusieron los factores que afectaron la prestación de los servicios de salud en el país a lo largo del siglo XX, su resultado fue utilizado como método de análisis para la preparación de un plan nacional de salud. “La limitada capacidad económica de grandes grupos de población; la falta de una educación médica apropiada para los problemas específicos de salud del país; la falta de una estructura adecuada de los servicios de atención médica; y el tremendo crecimiento de la población.”⁷⁵ Estos factores fueron la constante en los problemas de salud a lo largo del siglo.

Aldemar Gómez en un artículo publicado hacia 1970, en la revista de la asociación colombiana de facultades de medicina dijo:

Sectores de la población rural tienen que recorrer grandes distancias por terrenos escarpados, fatigosos y utilizando como medios de locomoción

⁷⁴ BADGLEY, Robín F. Ciencias sociales y planeación de la salud: Cultura, enfermedad y servicios de salud en Colombia. Traducción de la publicación trimestral de la Fundación Milbank Memorial. Volumen XLVI, Numero 2, Abril de 1968, parte 2. p. 158 – 159.

⁷⁵ *Ibidem.* p. 33 – 34.

sus propios pies en procura de servicios médicos. También en las grandes ciudades el factor limitante de la accesibilidad está presente, en aquellos casos donde los recursos institucionales de salud se encuentran ubicados en lugares que, por la extensión de las ciudades, han quedado distantes de diferentes sectores de las mismas. De otro lado el bajo ingreso económico de grandes grupos de población los incapacita para comprar los servicios necesarios, a lo cual se agrega la limitación determinada por el nivel de instrucción, ya que estos dos factores se combinan casi siempre.⁷⁶

El difícil acceso a los servicios de salud contribuyó a mantener la demanda hacia el personal no médico, principalmente al tegua en las zonas rurales y al farmacéutico en las urbanas.

Después de 1950, los entes reguladores en materia de salud pública, realizaron diferentes estudios para establecer normas y directrices sobre asistencia social, así como, para determinar el tipo de médico que requería el país. En un artículo de la Academia Nacional de Medicina se aprecia cómo, desde 1955 las Facultades de Medicina buscaron la reorganización del plan de estudios médicos, con el cual reunir cátedras como “patología y clínicas médica, quirúrgica y tropical, dermatología, fisiología, cancerología, etc. en grupos coherentes de enseñanza, dar mayor intensidad en la instrucción práctica en clínicas y laboratorios, introducir la orientación de medicina preventiva a lo largo del curriculum y reforzar conocimientos básicos que permitieran enseñar la medicina científica”.⁷⁷ Hacia 1963 en una asamblea realizada en Cartagena, la academia reunió un grupo interdisciplinario conformado por educadores, médicos, enfermeras, sociólogos, economistas, arquitectos y funcionarios de los servicios de salud del país, en la cual tomaron la decisión de adelantar un Plan Nacional de Desarrollo de la Educación Médica, con el cual buscaban “la reorientación de la enseñanza de la medicina a la luz de los problemas propios del país. Los medios necesarios para su formación y su participación al lado de otros profesionales en la solución de los problemas de salud y desarrollo social y económico del país”.⁷⁸ Esto les permitiría a los nuevos médicos realizar los tratamientos, de acuerdo al tipo de enfermedades propias de cada región; situación que beneficiaría a la población y que redundaría en la formación de nuevas instituciones para el tratamiento de ciertas enfermedades específicas como el cáncer, el corazón, planificación familiar, etc.

⁷⁶ GÓMEZ AGUIRRE, Aldemar. Demanda futura de médicos. En: Asociación colombiana de facultades de medicina. Objetivos de la educación médica en Colombia y metodología para la actualización del curriculum. División de educación y planeación. Boletín No. 3 – 1970.

⁷⁷ ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE FACULTADES DE MEDICINA. Objetivos de la educación médica en Colombia y metodología para la actualización del curriculum. División de educación y planeación. Boletín No. 3 – 1970. p. 67 – 68.

⁷⁸ *Ibid.*, p. 68.

2.4 CIEN AÑOS DE SALUBRIDAD EN EL DEPARTAMENTO. EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

En el Anuario Estadístico de Colombia de 1875, se encuentra publicado un informe sobre la beneficencia pública presentado por los jefes departamentales al presidente del Estado de Santander el cual rindió un informe a la Asamblea Legislativa de 1874, en este se encontraron los siguientes datos: “Existe un Hospital en la ciudad de Pamplona, pero en el respectivo Informe no se encuentra ninguna noticia sobre sus rentas ni sobre el número de enfermos a que en él se da asistencia. El Jefe departamental de Soto dice: “Los Hospitales de caridad de Bucaramanga, Jiron i Piedecuesta continuan administrados con interes: el primero de tales establecimientos no tiene rentas propias, i se sostiene con el producido de los pesos, pesas i medidas, destinado para este objeto por el Cabildo, i con una suscripcion voluntaria de los vecinos; i el 2. ° i 3. ° cuentan con la renta de algunos capitales”.

Del Informe del Jefe departamental del Socorro tomamos lo siguiente:

Existen en el Departamento cuatro Hospitales de caridad, pertenecientes a los distritos, i el de elefanciacos al Estado. De aquéllos, el del Socorro tiene rentas especiales a cargo del distrito, i se sostiene ademas con el auxilio que le da el Estado i con limosnas que recoje e invierte lejítimamente la asociacion denominada de " San Vicente de Paul.⁷⁹

Emilio Quevedo dice que los Hospitales de caridad se formaron durante la colonia en las principales ciudades y en los poblados de alguna importancia, algunos para la atención de los heridos en las guerras, otros con motivo de las epidemias y algunos como leproserías, “No obstante los que se concretaron dieron origen a instituciones más bien modestas que se debatían entre la precariedad financiera y la escases de personal debidamente preparado... La presencia de la medicina universitaria en esas instituciones fue muy limitada, debido a la falta de una enseñanza médica estable y a las condiciones del país.”⁸⁰

El hospital San Juan de Dios tuvo origen en la donación que el señor Crisóstomo Parra hizo a la Beneficencia Municipal el 12 de junio de 1848 (Tomo 20 del archivo de 1848, Notaria 1ª. Del circuito); en la donación hecha por el señor Nicolás Genaro Orozco al Municipio de Bucaramanga (Escritura No. 127 del 28 de mayo de 1869); en la donación que el señor Francisco García Mutis hizo también al Municipio (Escritura No. 253 del 7 de mayo de 1878) y en la compra que el municipio hizo al señor Nicolás Genaro Orozco (Escritura No. 298 del 28 de mayo

⁷⁹ REPÚBLICA DE COLOMBIA: Anuario Estadístico de Colombia. Imprenta de Medardo Rivas. Bogotá. 1875. p. 112. Disponible en: ftp://ftp.colombiastad.gov.co/books/LD_70104_1875.PDF [citado en 28 octubre 2015]

⁸⁰ QUEVEDO, Emilio y otros. De la medicina ilustrada a la medicina anatomoclínica 1782 – 1865. Historia de la medicina en Colombia. Tomo II. Impreso por: Cargraphics. S. A. Tecnoquímicas. 2007.

de 1878); todo lo cual está reconocido en Acuerdo Municipal No. 27 de agosto de 1941.⁸¹

En el Hospital de caridad de Bucaramanga a mediados del siglo XIX, “se atendían enfermos de la epidemia del Cólera, que los afectaba en esa época. En 1873 el Hospital recibió el nombre de Hospital San Juan de Dios, gracias a la labor del médico graduado en la Universidad Central doctor Aparicio Reyes”.⁸² En Bucaramanga la actividad médica estuvo concentrada en el viejo Hospital San Juan de Dios hasta finales de los años cincuenta, momento en que las clínicas privadas, iniciaban su marcha; “el Hospital además de los servicios de caridad contaba con un pensionado, que al ampliarse se constituyó en la Clínica del Hospital, que por años mantuvo el liderazgo. Había recibido el beneficio de su modernización llevada a cabo por la gestión del doctor José Antonio Jácome, quien reorganizó el Laboratorio Clínico bajo la dirección del doctor De Francisco”.⁸³ También por aquellos años llegaría a Bucaramanga el Doctor Francisco Espinel Salive como promotor de los servicios para el tratamiento del cáncer y crearía la primera Unidad de Radioterapia y Cáncer del Departamento.

De las investigaciones hechas por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística en el caso de las instituciones de salud para el año de 1957, se puede concluir que el país contaba con:

508 Hospitales y Clínicas con una capacidad de 40.323 camas de las cuales 30.333 son gratuitas y 9.990 pensionadas. En cuanto a entidades especializadas existen 18 para maternidad con un total de 854 camas, 17 para pediatría con una capacidad de 1875 camas, 18 para enfermos mentales con 5976 camas. Para la hospitalización de tuberculosos hay 24 entidades entre hospitales sanatorios y pabellones antituberculosos con un total de 2857 camas de las cuales 2598 son gratuitas y solamente 259 pensionadas. Además funcionan en el país 6 Institutos de Higiene Social cuya especialidad es atacar las enfermedades venéreas y para esto cuenta con 209 camas de servicio gratuito. También funcionan en Bogotá D. E. entidades completamente especializadas como el Instituto Nacional de Cancerología para tratamiento del cáncer con un total de 123 camas.⁸⁴

⁸¹ MINISTERIO DE JUSTICIA. Departamento Jurídico. Personería Jurídica. Resolución número 89 de 1950 (Julio 7). Folio 15.

⁸²FORERO CABALLERO, Hernando. Momentos históricos de la medicina colombiana. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá.2009. p.426.Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/638/#sthash.Zg0WS3qb.dpuf>. [citado en 28 octubre 2015]

⁸³ Ibid., p. 427.

⁸⁴ REPÚBLICA DE COLOMBIA. BOLETÍN MENSUAL DE ESTADÍSTICA. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. AÑO VIII Bogotá D. E. Marzo 20 de 1958. Número 84.p. 3. Disponible en: ftp://ftp.colombiastad.gov.co/books/BOL_84_1958-55.PDF. [citado en 30 octubre 2015]

A la fecha solo existía un órgano público especializado en este tema del cáncer por lo cual la mayoría de la población que padeció la enfermedad necesariamente tuvo que dirigirse a este centro asistencial para solicitar algún tipo de tratamiento.

En el caso del recurso humano para la salud, para el año de 1953, Santander contaba con 147 médicos distribuidos en 27 municipios, lo que indica que 46 municipios carecían de este servicio, y el promedio de habitantes por medico era de aproximadamente 5.000. En establecimientos de salud, Santander contaba con los siguientes:

Centros de Higiene y Puestos de Salud: En Bucaramanga y Barrancabermeja funcionan dos Direcciones Municipales de Higiene.

Hospitales y clínicas: existen dos clínicas en Bucaramanga: La Merced y la Clínica Bucaramanga.

Hospitales en Bucaramanga: Hospital San Juan de Dios.”⁸⁵

Hacia el año de 1963, encontramos un número mayor de Instituciones para el servicio de salud. Entre clínicas y hospitales ya se contaban 8 en Bucaramanga, entre estas estaban: el Hospital San Juan de Dios, el Sanatorio San Juan de Dios, el Hospital Infantil San Luis, Instituto de Higiene Social. Estos prestaban sus servicios en su mayoría de forma gratuita y algunas camas eran para el servicio de pensionadas. Entre las clínicas se encontraban la Clínica Bucaramanga, la Clínica La Merced, la Clínica Martín Carvajal, la Clínica Santa Teresa,⁸⁶ estas eran clínicas privadas y solo prestaban sus servicios al pensionado. Aunque ya existían estas, se puede decir que no disponían de la estructura, ni de aparatos tecnológicos de avanzada, indispensables para la atención eficiente de los pacientes con enfermedades de alto riesgo ni de médicos de dedicación de tiempo completo a las instituciones hospitalarias.

2.5 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA LUCHA CONTRA EL CÁNCER

2.5.1 El Instituto Nacional de Radium. La lucha contra el cáncer en Colombia, inicia por una cadena de acontecimientos trascendentales que se dieron fuera del país. Por ejemplo, el descubrimiento en Francia de algunas fuentes para radiación como el radium y el cobalto. La introducción de la radioterapia en el país, como especialidad médica, llegaría importada por algunos médicos que estudiaron en el exterior. El tratamiento del cáncer en Santander, puede verse como la continuación de un proceso que se fue formando a partir de los esfuerzos de los

⁸⁵ REPÚBLICA DE COLOMBIA. ECONOMÍA Y ESTADÍSTICA. Revista del departamento administrativo nacional de estadística. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Bogotá, marzo 30 de 1954 Año IX. Número 78. Págs. 39 – 40. Disponible en: ftp://ftp.colombiastad.gov.co/books/BOL_78_1953-20.PDF. [citado en 1 noviembre 2015]

⁸⁶ _____. BUCARAMANGA EN CIFRAS. Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE. Bogotá, D. E. mayo de 1965. Págs. 20 – 21 – 22 – 23 – 24. Disponible en: ftp://ftp.colombiastad.gov.co/books/LD_1041_1965_EJ_5.PDF. [citado en 1 noviembre 2015]

científicos colombianos de la medicina, que hallaron en el exterior alrededor del año de 1920, una de las principales armas para combatir una enfermedad que iba aumentando sus víctimas con el pasar de los días. Y es que, la radioterapia como especialidad fue un interés exclusivamente de algunos médicos^{87*} quienes fueron incursionando con los tratamientos en Colombia hasta alcanzar la creación y puesta en marcha de un Instituto para combatir el cáncer con sede en Bogotá.

Entre sus precursores se encuentran los doctores Roberto Sanmartín Latorre y Alfonso Esguerra Gómez, quienes se especializaron el primero en Estados Unidos en el Hospital John Hopkins. Según Otero Ruiz, el Dr. Sanmartín en “la clínica (ginecológica) de Kelly tuvo la oportunidad de entrenarse sobre la aplicación del Radium. Luego viajó a Rochester a la clínica de los hermanos Mayo y asistió al curso del Stanley Hospital, cuyo objetivo único era la aplicación de tal mineral radioactivo.”⁸⁸ El segundo, el doctor Esguerra, cursó la carrera de medicina en la Universidad Nacional, de ahí partiría a Francia. “Inicialmente, llegara a trabajar en fisiología experimental en el laboratorio Lapique de la Sorbona y de ahí pasara al Institut de Radium de Paris.”⁸⁹ El doctor Esguerra Gómez se especializó en el instituto de Radium de Paris y fue discípulo de Claude Regaud, quien “a fines de 1928 estuvo en Colombia: dictó cinco conferencias, visitó hospitales, clínicas y la Facultad de Medicina; recomendó la creación del Instituto Nacional de Radium y la firma de un convenio de intercambio entre las facultades de Medicina de Colombia y Francia”.⁹⁰ De esas relaciones entre el instituto de Radium de Paris y el instituto de Radium de Bogotá se dieron convenios con intercambio de conocimientos y servicios.

Efraím Otero expone que, El Dr. Sanmartín se une con el Dr. Ucros para organizar en el Hospital San Juan de Dios de Bogotá el primer servicio de Radiumterapia el 2 de febrero de 1920. En este mismo año, el Dr. Esguerra Gómez funda la primera compañía de Radium, integrada por Rafael Ucros, Pompilio Martínez y Manuel Antonio Cuellar Duran, y hace su viaje a Francia para hacer su especialización, de la cual regresa en 1924; de aquel viaje el Dr. Esguerra “logra producir una mezcla de parafina, cera de abejas y aserrín finamente pulverizado que se hace flexible y moldeable hacia los 45 – 50 grados de temperatura y puede aplicarse y moldearse sobre la piel.”⁹¹ La pasta Colombia, su gran descubrimiento, fue un producto utilizado para la aplicación de la radioterapia, ya que con esta se lograba

⁸⁷ HERNÁNDEZ ÁLVAREZ, Mario. La salud fragmentada en Colombia, 1910 – 1946. Editorial Unibiblos. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá 2002. p. 14.

* El nacimiento del INC encuentra una explicación en los argumentos de Hernández Álvarez, quien afirma que en Colombia crecía un proyecto de modernización liderado por un grupo de médicos prestantes, formados en la medicina de laboratorio europea y norteamericana, que fue consolidando su propio nicho institucional en el aparato Estatal.

⁸⁸ OTERO RUIZ, Efraím. Setenta años de cáncer en Colombia. Historia del Instituto Nacional de Cancerología 1934 – 1999. Editora Géminis. Santa fe de Bogotá. 1999. p. 16

⁸⁹ *Ibid.*, p. 19

⁹⁰ CÁCERES, Humberto. Instituto Nacional de Cancerología. Empresa Social del Estado, 1928 – 1998. INC. Santafé de Bogotá. 1998. p. 11.

⁹¹ OTERO RUIZ, Op. Cit. p.23.

homogenizar la irradiación de la piel tratada del paciente. El éxito de su descubrimiento fue grande, alcanzando producción comercial en todos los hospitales y centros de Radiumterapia del mundo.

Más tarde en 1925, se constituiría Esguerra y Compañía, “la segunda compañía de Radium, formada por los doctores José María Sáenz Pinzón, Hipólito Machado, Francisco y Pedro Miguel Samper Madrid”.⁹² El interés por el Radium es muy grande y va creciendo el grupo de médicos interesado en su uso más generalizado. Así, el actuar de los médicos en todos los campos sociales del país, ira propiciando una cadena de acontecimientos en pro de la formación de un instituto para formar científicos en Colombia capaces de investigar y contribuir en la lucha que se adelantaba contra el cáncer en el mundo. Dice Efraím Otero que “Esguerra vuelve a acariciar su antigua idea, ya inculcada desde Paris, de crear en Bogotá un Instituto de Radium que dependiera, como el de Paris, de la Universidad.”⁹³

La idea de Esguerra de crear el Instituto de Radium, se materializará en 1934, apoyado en la visita al país del Profesor Claude Regaud a Colombia, a quien invitan a dictar conferencias. La sugerencia fue hecha por Esguerra a los doctores Pompilio Martínez y José Vicente Huertas⁹⁴, quienes apoyados por el gobierno colombiano le costean los gastos de desplazamiento y permanencia. El doctor Regaud permanecería por dos semanas en Bogotá, donde dicto cuatro conferencias y tres sesiones clínicas en el Hospital General, para la Cruz roja pronunció una conferencia sobre la organización de la lucha contra el cáncer. A su vuelta a Francia el Doctor Regaud hace un informe titulado “A propósito de un proyecto sobre un Instituto colombiano de Radium”, a pedido del cuerpo médico encabezado por Esguerra y sus amigos. La fundación del Instituto de Radium de Colombia fue decretada por la ley 81 de 1928.

El Instituto Nacional de Radium fue inaugurado cuando terminaba el periodo presidencial de Enrique Olaya Herrera el 4 de agosto de 1934. La inauguración formal del instituto se realizó dejando el cargo de director al profesor José Vicente Huertas. Según Cáceres, cuando toma posesión el presidente Alfonso López Pumarejo, “este cambio de gobierno incide en la marcha normal de los asuntos oficiales, dándoles prelación a unos sobre otros y poniendo en acción inmediata a los programas e iniciativas anunciados en el discurso de posesión”.⁹⁵ En el

⁹² OTERO RUIZ, Efraím. Setenta años de cáncer en Colombia. Historia del Instituto Nacional de Cancerología 1934 – 1999. Editora Géminis. Santa fe de Bogotá. 1999. p. 24.

⁹³ *Ibíd.* p. 25.

⁹⁴ *Ibíd.* p. 24.

* “En 1928, será nombrado el doctor Pompilio Martínez decano de la facultad de medicina y poco después, en 1930, traerá al país el primer equipo de Roentgenerapia profunda, que será instalado en el hospital San Juan de Dios. Recién iniciado su gobierno, Don Miguel Abadía Méndez había nombrado como Ministro de Educación al doctor José Vicente Huertas”.

⁹⁵ CÁCERES, Humberto. Instituto Nacional de Cancerología. Empresa Social del Estado, 1928 – 1998. INC. Santafé de Bogotá. 1998. p. 50.

campo de la salud, solicitó la colaboración de la Academia Nacional de Medicina y esta corporación científica le elaboró un estudio sobre Higiene y Asistencia Pública. “La parte relacionada con el cáncer estuvo al cuidado de los académicos Alfonso Esguerra Gómez, Rafael Ucrós y Pompilio Martínez”⁹⁶. Estos médicos analizaron el caso colombiano y publicaron las conclusiones para el presidente con el nombre de Condiciones Generales para la Lucha contra el Cáncer.

Entre las proposiciones principales de este informe, se puede apreciar que se dejaba encargada de la lucha contra el cáncer, a la Dirección Nacional de Higiene, ya que esta entidad tenía jurisdicción en todo el territorio y bajo su dependencia estaban las campañas de carácter sanitario. A esta le correspondería plantear el problema del cáncer buscando los siguientes aspectos: “Localización de la enfermedad; Evolución en que se halla; Condiciones personales del paciente; población en que se encuentra; Facilidad de transporte hacia el centro científico que corresponda”.⁹⁷ Así como llevar una estadística del personal especializado en cancerología; impartir educación entre los médicos en asuntos del cáncer; hacer un inventario de la tecnología existente, para con ello iniciar procedimientos médicos utilizando la radioterapia y el bradירadium, tecnologías ya conocidas y probadas en la época. A la par de la formación en radioterapia, se debía “ampliar el campo de acción de los profesionales cirujanos, enseñándoles las técnicas modernas en el tratamiento del cáncer y poniendo a su disposición los elementos que hoy requieran estas intervenciones”.⁹⁸ Los elementos presentes en esta propuesta, permiten distinguir de manera incipiente, los planes del estado por crear un programa para organizar los tratamientos contra el cáncer, que serán llevados a cabo hasta 1975 para cubrir las necesidades del país.

Igualmente entre las actividades propuestas por los médicos se requería la utilización, complemento, creación e instalación de clínicas quirúrgicas de radioterapia en todos los hospitales con que cuenta actualmente la asistencia pública (aparatos de Rayos X de 160.000 a 250.000 V., agujas y tubos para radiumpunción y bradירadium). Para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad plantearon como indispensable hacer notar que las clínicas quirúrgicas y radioterápicas servían también para combatir otras enfermedades diferentes del cáncer, y que los pacientes curados en estas unidades constituirían la propaganda viva⁹⁹, que serviría de estímulo a profesionales y enfermos.

Con estas premisas el 8 de abril de 1935, el presidente Alfonso López expidió el decreto 665 por medio del cual dictó nuevas disposiciones sobre organización del Instituto. Lo definió como un “centro de investigaciones científicas y de asistencia social para el estudio y tratamiento del cáncer y de las demás entidades

⁹⁶ CÁCERES, Humberto. Instituto Nacional de Cancerología. Empresa Social del Estado, 1928 – 1998. INC. Santafé de Bogotá. 1998. p. 50.

⁹⁷ *Ibid.* p. 51.

⁹⁸ *Ibid.* p. 52.

⁹⁹ *Ibid.* p.51.

patológicas tratables por el mismo procedimiento que el cáncer”.¹⁰⁰ Colombia ingresaba así a la lista de países que se encaminaron en la lucha contra el cáncer.* Se puede decir que la creación del Instituto Nacional de Radium, encontró su impulso en la iniciativa de aquellos médicos.

2.5.2 El Instituto Nacional de Cancerología. El Instituto Nacional de Radium se había convertido en dependencia del Ministerio de Higiene y en 1953, cambia de nombre porque “la denominación que lleva este establecimiento no especifica claramente las funciones que tiene, ya que los tratamientos que se hacen con Radium en los casos de cáncer solamente se refieren al 10%, utilizándose en el 90% restante, medios quirúrgicos, Roentgen terapia y elementos radioactivos”¹⁰¹. Con la expedición del decreto 519 de 1953 (27 de febrero)¹⁰² *, dado por el presidente Roberto Urdaneta Arbeláez y siendo Ministro de Higiene Alejandro Jiménez Arango, la institución cambia de nombre y es nombrada como aparece hasta la fecha, Instituto Nacional de Cancerología.

En ese momento y hasta 1955 el director del Instituto fue el doctor José Antonio Jácome Valderrama, bajo su mandato se logra un importante avance en los tratamientos que dependían de la radioterapia, entre ellos se cuenta, “la contratación de radiofísico para el control y la calibración de equipos y para la planeación y el cálculo de tratamientos. También se adquirieron nuevos aparatos de dosimetría”.¹⁰³ En 1956, se organizó el Primer Curso de Fundamentos Físicos y biológicos de la radioterapia, que se dictó en 1957, por el personal del departamento de radioterapia del Instituto y al cual se inscribieron cinco médicos, varios de ellos enviados por entidades interesadas en la especialidad y algunos de los cuales llegaron a formar parte del cuerpo médico de especialistas de planta. De esa forma, se dio comienzo en Colombia a una nueva especialización médica que hasta entonces se había venido haciendo de manera más o menos empírica y con base solamente en estudios realizados en el exterior. También en ese año se iniciaron las diligencias para adquirir la primera unidad de Telecobaltoterapia, llamada comúnmente bomba de cobalto.

2.5.3 Grandes transformaciones y/o cambio social. 1945 – 1960. Tanto Henderson como Palacios mencionan que en Colombia en el periodo comprendido

¹⁰⁰ CÁCERES, Humberto. Instituto Nacional de Cancerología. Empresa Social del Estado, 1928 – 1998. INC. Santafé de Bogotá. 1998. p.59.

* INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA. EL 22 de febrero de 1935, fue atendido el primer paciente en el Instituto Nacional de Radium y recibió tratamiento con rayos X; era un hombre de 55 años con diagnóstico de endotelio sarcoma de maxilar superior. De ahí en adelante se fue extendiendo la fama de la institución por todo el país y en el exterior, ya que prácticamente era el único hospital de esta naturaleza en toda Latinoamérica. En: Revista Colombiana de Cancerología. Reseña histórica de la radioterapia en el INC. Instituto Nacional de Cancerología. Bogotá. 2004. Pág. 14.

¹⁰¹ CÁCERES, Op. Cit. p. 116.

¹⁰² Ibíd. p.116

* Con esta ley se reconocía así el hecho de que el Instituto Nacional de Radium, les prestaba a los enfermos servicios integrales en el tratamiento del cáncer, y no exclusivamente de radioterapia.

¹⁰³ CÁCERES, Op. Cit. p. 120.

entre 1945 y 1960, se dio una etapa de crecimiento o de modernización económica y social, llamada por ellos “edad dorada”¹⁰⁴ o “de grandes transformaciones”.¹⁰⁵ Fueron tres los aspectos mencionados en los cuales estos autores coincidieron, siendo muy importantes ya que aceleraron el ataque contra las costumbres y convenciones tradicionales del país: el primero, la rápida urbanización, el segundo, el crecimiento de la población y el tercero, las nuevas exigencias impuestas al sistema educativo. Marco Palacios habla de otros aspectos, pero a mi parecer estos hacían parte de las características de los ya mencionados anteriormente.

La tasa de natalidad aumento, mientras que las mejoras correspondientes a la salud pública permitieron que la población colombiana se duplicara durante los veintiséis años comprendidos entre 1938 y 1964. Después de Brasil y México, asevera Palacios, “Colombia es el país más poblado de América Latina. De 1951 a 1993 la población paso de 11.6 millones a 35.9 millones. El aumento fue más acelerado de 1950 a 1970.”¹⁰⁶ El uso de antibióticos y el mejoramiento de las condiciones de higiene y provisión de agua corriente, hicieron caer las tasas de mortalidad, particularmente la infantil. También aumento el promedio de la expectativa de vida, que era de 40,2 años en 1940, salto a 48,9 años en 1950 y a 58,2 en 1960.¹⁰⁷

Las migraciones fueron el principal factor de crecimiento urbano. El proceso de urbanización transformó su población de un 75% rural en 1930 a un 75% urbana medio siglo más tarde. “El cambio social se aceleró en Colombia después de la Segunda Guerra Mundial. Para 1960 la mitad de los ciudadanos que antes vivían en un país abrumadoramente rural, se habían desplazado a las ciudades. La urbanización en Colombia fue rápida y continua desde mediados del siglo.”¹⁰⁸ Henderson comenta que, si en 1950 Colombia todavía podía definirse como un mosaico regional, en 1970 ya era el país de ciudades más integradas entre sí.

La educación experimento un asombroso crecimiento entre 1946 y 1958. Durante estos años hubo un incremento en la educación primaria pública y privada. La educación secundaria creció en un 209%, perteneciendo la mitad de esta

¹⁰⁴ HENDERSON, James D. La modernización en Colombia. Los años de Laureano Gómez, 1889 – 1965. Traducción: Magdalena Holguín. Editorial Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia. 2006. p. 476

¹⁰⁵ PALACIOS, Marco. Entre la legitimidad y la violencia. Colombia 1875 – 1994. Editorial Norma S. A. Bogotá. 1995. p. 293.

¹⁰⁶ Palacios dice que los procesos de modernización económica y social adquirieron velocidad en la segunda mitad del siglo XX. Sus signos: la caída de las tasas de natalidad y mortalidad, el aumento de la esperanza de vida y de la alfabetización, la expansión geográfica de los servicios financieros y administrativos y de la red de transportes y telecomunicaciones, el crecimiento acelerado de la producción y distribución de electricidad...también se amplió la dotación de agua potable y alcantarillado, aumentaron la cifra de la vivienda propia de los sectores populares urbanos, y en muchas regiones rurales mejoraron las condiciones de vivienda.

¹⁰⁷ PALACIOS, Op. Cit. p.294.

¹⁰⁸ HENDERSON, Op. Cit. p. 476.

¹⁰⁸ *Ibíd.*, p. 501.

expansión a los colegios privados. Durante las décadas del cuarenta y del cincuenta, los colombianos se apresuraron a satisfacer la demanda cada vez mayor de la educación universitaria. “El gobierno nacional abrió universidades en varias de las capitales de los departamentos, Ibagué, Bucaramanga, Pereira y Barranquilla entre ellas, duplicando así la red de instituciones apoyadas por el Estado.” Esto, afirma Henderson, hizo que disminuyera el analfabetismo, y que la educación, al igual que el proceso mismo de urbanización, tuvieran relación directa e inmediata con el nivel de ingresos y la movilidad social.¹⁰⁹

El punto de vista de Palacios en este tema es planteado en los siguientes términos, el incremento acelerado en estos sectores no le da al Estado la posibilidad de ofrecer por igual cobertura y educación de calidad a todos los departamentos, y hace que la brecha existente entre educación urbana y rural aumente. “La ampliación de la escolaridad no vino acompañada de cambios en las modalidades y funciones de las instituciones, ni de capacitación de los maestros y profesores. Tampoco siguió el patrón secuencial de consolidar primero una educación primaria universal, erigir una secundaria masiva y desarrollar sobre ellas el sistema universitario.”¹¹⁰ Por todo esto argumenta, la sociedad colombiana no ha conseguido realizar el ideal democrático de ofrecer educación de buena calidad a toda la población, ni el Estado de cumplir uno de sus deberes básicos: el método de integrar la nación desde el aula.

Otro aspecto del cambio social generado en esta época y que giro en torno a estos dos autores, fue en cuanto a los beneficios que obtuvieron las mujeres. Henderson dice que al trasladarse a las ciudades fueron más libres de controlar su destino personal. Para Palacios las mujeres estuvieron en el corazón del cambio social.

En el lapso de una generación se transformaron creencias, valores y comportamientos. Las mujeres decidieron emplear diversos métodos anticonceptivos^{111*} y muchas tuvieron que practicar el aborto...Disminuyeron las tasas de nupcialidad y se retardo la edad para formar una familia. Aumentaron las separaciones y divorcios...En las grandes ciudades fue más evidente un fuerte aumento del ratio mujeres/hombre... Esto tuvo dos consecuencias: aumento la participación laboral femenina; segundo aumento el número de madres adolescentes y solteras de hijos ilegítimos.¹¹²

¹⁰⁹ HENDERSON, James D. La modernización en Colombia. Los años de Laureano Gómez, 1889 – 1965. Traducción: Magdalena Holguín. Editorial Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia. 2006. p. 502.

¹¹⁰ PALACIOS, Marco. Entre la legitimidad y la violencia. Colombia 1875 – 1994. Editorial Norma S. A. Bogotá. 1995. p.297.

¹¹¹ HENDERSON, Op. Cit. p. 503.

* Henderson explica que “el hecho de tener mayor acceso a los servicios de salud hizo que las mujeres colombianas exploraran modernas técnicas de planificación familiar por primera vez en su historia.

¹¹² PALACIOS, Op. Cit. .294.

Según Dáguer, en la década de los sesentas la planificación familiar ayudó a las mujeres colombianas a buscar la autonomía para que ellas pudieran tomar decisiones respecto a su sexualidad, el número de hijos, la maternidad y la vida.^{113*}

En *Al derecho y al revés*, sus autores exponen la manera en que Colombia consiguió ser sede de la Asamblea Panamericana de Población, después de un encuentro de las Naciones Unidas en Ginebra (Suiza), ningún evento había lanzado con tanta fuerza el tema de la planificación familiar en el país.

La asamblea, convocada por el Population Council y la Fundación Ford, comenzó en Cali el 11 de agosto de 1965 y fue presidida por el ex presidente de Colombia Alberto Lleras Camargo. “Para quienes no queremos que la humanidad de nuestra patria se ahogue en este abismo por indiferencia y por imprevisión —dijo en el discurso inaugural—, la solución humana, la solución cristiana, la solución económica, la solución política, es el control de la natalidad. Y cuanto antes, mejor.”¹¹⁴

La conclusión de Dáguer fue que aunque el clero tenía un representante en la División de Estudios de Población (DEP) que prohibía el dispositivo intrauterino y sólo permitía la píldora para regular la menstruación, en estos centros comenzó la distribución de anticonceptivos en Colombia como parte de los servicios corrientes de salud.

Henderson indica que el cambio social “género que los colombianos se trasladaran a las ciudades y la sociedad se tornó más compleja, la cultura popular comenzó a reflejar una creciente diversidad.”¹¹⁵ Palacios dice al respecto “La ciudad, más ruralizada y heterogénea, creó una cultura de masas que colonizó las culturas regionales. Se esfumó la hegemonía de la cultura letrada y elitista, laica o religiosa. A la formación cultural urbana concurren otros factores como el menor aislamiento del país a partir de la posguerra, el aumento de las tasas de escolaridad y la integración de los colombianos a una matriz de comunicaciones centrada en la radio y la televisión.”¹¹⁶ Por consiguiente Colombia, que tenía una

¹¹³ DÁGUER, Carlos, y Riccardi, Marcelo. *Al derecho y al revés. La revolución de los derechos sexuales y reproductivos en Colombia*. Impreso en Colombia por Printex Impresores. Bogotá, 2005. p. 37 – 38.

^{*} El doctor Fernando Tamayo Ogliastri nunca militó en las filas de las utopías. Buscaba hacer bien su trabajo antes que convertirse en un demógrafo o un seguidor del feminismo. “Yo quería llenar el vacío de la gran necesidad sentida entre las mujeres, porque no me dejaban hacer planificación en los hospitales —asegura—. Lo demográfico era secundario. Leía sobre el tema para poder pedir apoyo económico”. Las circunstancias, sin embargo, lo llevaron a ser el hombre que convirtió en una práctica la planificación familiar y, de manera indirecta, uno de los precursores de la liberación femenina en Colombia.

¹¹⁴ *Ibíd.*, p. 37 – 38.

¹¹⁵ HENDERSON, James D. *La modernización en Colombia. Los años de Laureano Gómez, 1889 – 1965*. Traducción: Magdalena Holguín. Editorial Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia. 2006. p. 504.

¹¹⁶ PALACIOS, Marco. *Entre la legitimidad y la violencia. Colombia 1875 – 1994*. Editorial Norma S. A. Bogotá. 1995. p. 321.

de las tasas más altas del continente en aumento demográfico durante la década del cincuenta, para fines del siglo tenía una de las menores de América Latina. Otro de los logros de las mujeres colombianas expone Henderson, fue el derecho al sufragio, concedido en 1954 por el presidente Gustavo Rojas Pinilla.

2.5.4 El Frente Nacional. Inmediatamente después del derrocamiento de Rojas Pinilla, el 10 de mayo de 1957, los dirigentes liberales y conservadores desarrollaron los detalles del acuerdo para compartir el poder que fue llamado Frente Nacional. Según las disposiciones del acuerdo, enunciadas en el plebiscito de diciembre de 1957 y en la legislación subsiguiente, los dos partidos gobernarían conjuntamente durante doce años. Luego se extendió este periodo a dieciséis años. La presidencia sería alternada en intervalos de cuatro años y todos los otros puestos de elección popular serían compartidos por partes iguales.¹¹⁷ Según Palacios el Frente Nacional “fue una tentativa institucional concebida y encausada por el liderazgo político, las elites empresariales y la jerarquía católica, para superar pausadamente el autoritarismo y la violencia política del periodo anterior”¹¹⁸ Cuando se concibió y durante sus primeros años de funcionamiento, la mayoría de los colombianos lo consideró un mecanismo ideal para restablecer el gobierno democrático y poner fin a la violencia.

Palacios explica que contra todos los pronósticos más pesimistas el FN cumplirían con sus itinerarios. Alternaron cuatro presidentes, elegidos por el voto popular: los liberales Alberto Lleras (1958 – 62) y Carlos Lleras (1966 – 70), y los conservadores Guillermo L. Valencia (1962 – 66) y Misael Pastrana (1970 – 74). Según Henderson el FN:

Permitió al gobierno realizar una serie de reformas sociales que fueron bien acogidas por la mayor parte de los ciudadanos. Entre ellas, las principales fueron la notable expansión de la educación pública y el lanzamiento del publicitado programa de reforma agraria. Gracias a este acuerdo, Colombia pudo continuar con la modernización social y económica que había transformado de tal manera el país durante el siglo XX.¹¹⁹

Explica además que las reformas educativas se dieron en las metrópolis y no a todo el conjunto de la población,

La educación formal, la profesión liberal y la prestación de servicios en las burocracias públicas y privadas definen con más claridad el patrón de la clase media...los gobiernos del Frente Nacional las

¹¹⁷ HENDERSON, James D. La modernización en Colombia. Los años de Laureano Gómez, 1889 – 1965. Traducción: Magdalena Holguín. Editorial Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia. 2006. p. 557

¹¹⁸ PALACIOS, Op. Cit. p. 239.

¹¹⁹ HENDERSON, Op. Cit. p. 558.

cultivaron con especial esmero. Trataron de responder a sus expectativas de promoción, respeto y bienestar que, en el lenguaje coloquial se conocen como casa, carro y beca, mediante un conjunto de políticas que subsidiaron su acceso a la educación superior, a la salud de alta tecnología, a vivienda decorosa y consumo conspicuo.¹²⁰

El Estado pudo dedicar más recursos a la educación, en 1958 la población universitaria apenas pasaba de 19.000 estudiantes y en 1992 supera los 543.000, aunque más de la mitad estudia carreras con programas de muy baja calidad formativa, en planteles privados que por su tamaño y administración son muy semejantes a los colegios de secundaria.

El gobierno lanzó un programa de redistribución y colonización de la tierra y la construcción de caminos rurales de penetración. Esta reforma agraria dice Palacios, fue una estrategia de contención política, con la falsa promesa de que redistribuiría riqueza, dándole ingreso y poder al agro colombiano, estimulando la producción de alimentos en nuevas unidades de economía familiar, y con ello el empleo. “a fines de 1961, después de más de dos años de regateo con las facciones partidistas y los gremios económicos, el Congreso aprobó una modesta ley que pretendió dar tierra al campesino y resolver el déficit de infraestructuras de riego.”¹²¹ Hacia 1971 dice este autor no se había podido expropiar ni el 1% de las tierras legalmente afectables y los programas redistributivos fallaron, también fracasaron los proyectos de irrigación por altos costos, mala planeación y subsidios desproporcionados.

La explicación de este autor consistió en mostrar cómo, la historia política de la reforma estuvo ligada a la expansión del patronazgo y del clientelismo, ocasionando nuevamente movilizaciones campesinas que finalmente serían reprimidas. La explicación de Henderson a este tema fue que aunque la reforma no satisfizo las expectativas que suscitó, si se alcanzaron cosas muy importantes. “El Incora no solo concedió eventualmente tierra, en su mayor parte proveniente del dominio público, a cerca de doscientas cincuenta mil familias, sino que también contribuyó a consolidar la posición de los pequeños propietarios del sector agrario colombiano.”¹²² Derivado de las desigualdades sociales que mantuvo el país durante el frente nacional, se estimularía la creación de terceros partidos, así como la forma en que seguiría el conflicto armado y político en el país, con la formación de unidades revolucionarias comunistas ambulantes, cambiando el conflicto tradicional partidista.

¹²⁰ PALACIOS, Marco. Entre la legitimidad y la violencia. Colombia 1875 – 1994. Editorial Norma S. A. Bogotá. 1995. p. 250.

¹²¹ *Ibid.*, p.255.

¹²² HENDERSON, James D. La modernización en Colombia. Los años de Laureano Gómez, 1889 – 1965. Traducción: Magdalena Holguín. Editorial Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia. 2006. p. 574.

Para concluir este capítulo hay que exponer que el país siguió enfrentado a dificultades especiales en el ámbito de la salud, además de encontrarse todavía atrasado económica y socialmente. La falta de agua potable, de sistemas de alcantarillado y de disposición de basuras, así como el crecimiento de la población aumentaban los problemas. Para la época había un enorme déficit en el número de médicos, de personal técnico y auxiliar tal como ingenieros sanitarios, enfermeras, técnicos de laboratorio, supervisores e inspectores de salud. El resultado de este panorama facilitaba altos índices de morbilidad complicado por elevados porcentajes de parasitismo y de enfermedades infecciosas.

CAPITULO 3

CREACIÓN DE LA UNIDAD DE RADIOTERAPIA Y CÁNCER DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS. 1958 – 1978

El objetivo del presente capítulo es analizar los orígenes del proceso de creación de la primera unidad de Radioterapia y Cáncer en el Hospital San Juan de Dios de Bucaramanga en 1958. Centrando este estudio, en la manera como fue conformándose el servicio dentro de esta institución hospitalaria, hasta la transferencia a una nueva unidad, que sería conformada en el Hospital Ramón Gonzales Valencia en 1979. La importancia de la radioterapia como nueva especialidad y la dependencia tecnológica para su desenvolvimiento requerirían disposiciones especiales por parte de la sociedad bumanguesa de mediados de siglo XX, ya que no se contaba con una política sanitaria estatal que cubriera las necesidades del país en la lucha anticancerosa. La fuente oral, las historias clínicas generadas en esta institución y otros documentos relacionados con el quehacer del médico, se constituyen como fuentes principales para este capítulo, puesto que no se encontró el archivo del Hospital San Juan de Dios para el análisis requerido.

Para iniciar hay que aclarar que en Santander al igual que en el resto del país, imperaba el modelo de salud que describe Mario Hernández Álvarez en su texto, La fractura originaria en la organización de los servicios de salud en Colombia.

En 1946, se crearon el Instituto Colombiano de los Seguros Sociales y el Ministerio de Higiene, el primero destinado a la seguridad social de los trabajadores del sector privado, y el segundo, a la atención de los pobres mediante la asistencia pública y la beneficencia privada, y a la aplicación de las medidas de higiene pública y privada. A la par se consolidaba la práctica profesional liberal que prestaba servicios a los pudientes, desde los consultorios hasta las grandes clínicas.¹²³

Bajo esta multiplicidad de formas de prestación de los servicios de salud, de 1958 a 1978, se crean y se consolidan en Santander, las primeras instituciones para luchar contra el cáncer.

La primera de ellas sería la Unidad de Radioterapia y Cáncer, situada en el Hospital San Juan de Dios, las personas que intervinieron en la fundación de esta institución fueron: la junta de asistencia social (el gobernador representado por la Junta Municipal de Beneficencia de Bucaramanga,¹²⁴ el Hospital San Juan de Dios

¹²³ HERNÁNDEZ ÁLVAREZ, Mario. La salud fragmentada en Colombia, 1910 – 1946. Editorial Unibiblos. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá 2002. p. 10.

¹²⁴ MINISTERIO DE JUSTICIA: DEPARTAMENTO JURÍDICO. Artículo 19. La Junta Municipal de Beneficencia y todas sus dependencias estarán sometidas al control y vigilancia del Gobierno Nacional en los términos de la Ley 93 de 1938 y de sus decretos reglamentarios. Personería Jurídica. Resolución número 89 de 1950 (Julio 7). Folio 17.

y el médico que se inscribió al programa: el Dr. Francisco Espinel Salive), la comunidad, familias pudientes que para ese momento ayudaban a financiar la salud, así como algunas entidades.^{125*}

En este sentido Hernández Álvarez afirma que

El lugar que ocupa la idea del derecho a la salud en la cultura política predominante apoya o legitima las decisiones públicas para la organización de los servicios de salud. Con todo, se producen confrontaciones permanentes entre fuerzas de conservación y de transformación encarnadas en actores sociales, lo que constituye, en un sentido amplio, el "proceso sociopolítico" de las sociedades.¹²⁶

Después de fundada la Unidad de Radioterapia y Cáncer en el Hospital San Juan de Dios para luchar contra esta patología en la región, se fundaron las diferentes instituciones destinadas a este mismo esfuerzo; entre ellas estuvieron el Pabellón Jácome Valderrama y la Liga Santandereana de Lucha Contra el Cáncer.

Brainard Guy Peters expresa que "la característica más importante de una institución sea que es, de alguna manera, un rasgo estructural de la sociedad y/o la forma de gobierno. Una institución trasciende a los individuos e implica a grupos de individuos a través de cierto conjunto de interacciones pautadas que son predecibles según las relaciones específicas que existen entre los actores."¹²⁷ El contexto en el cual se creó la unidad de Radioterapia y Cáncer en el Hospital San Juan de Dios de Bucaramanga en 1958, se concretó con estas características en su conjunto, como resultado de las relaciones y la forma de interacción de las fuerzas que constituían el sistema político y la sociedad, quienes finalmente guiaban la salud del departamento en ese momento.

Así mismo este autor nos muestra como con el institucionalismo normativo, los individuos no están fragmentados, sino incorporados en una compleja serie de relaciones con otros individuos y con colectividades diversas.¹²⁸ La creación de la unidad de radioterapia y cáncer en Santander prosperó como producto de las relaciones sociales y económicas de su colectividad. Esto es posible dice Hernández, porque en medio de los conflictos normativos se construyen las culturas políticas, es decir, el conjunto de estructuras simbólicas y prácticas

¹²⁵ HERNÁNDEZ ÁLVAREZ, Mario. La salud fragmentada en Colombia, 1910 – 1946. Editorial Unibiblos. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá 2002. p. 12

* Hernández Álvarez argumenta que los problemas de salud en Colombia se resolvían por tres vías, en este sentido, los ricos pagaban sus servicios, pero también ejercían un papel redistributivo a través de la caridad cristiana administrada por la Iglesia.

¹²⁶ HERNÁNDEZ, Op. Cit., p. 7.

¹²⁷ GUY PETERS, Brainard. El nuevo institucionalismo. La teoría institucional en ciencias políticas. Editorial Gedisa. Traducción Verónica Tirota. Primera edición, Barcelona. 2003. p. 36 – 37.

¹²⁸ *Ibíd.*, p. 46.

sociales mediante las cuales se ejerce el poder.¹²⁹ De esta manera, las redes sociales de poder de la región, en compañía y con la asesoría del Dr. Francisco Espinel Salive:

También crean el comité regional de lucha contra el cáncer al cual pertenecían personas prominentes como el gobernador y todo su comité regional de lucha contra el cáncer, y posteriormente se creó el comité zonal de lucha contra el cáncer que era el comité de Santander. Estas entidades se encargaron de las campañas, los tratamientos y todo lo relacionado con la enfermedad en el departamento. Después estas mismas personas crearían la Liga Santandereana de Lucha Contra el Cáncer.¹³⁰

¿Qué le da el carácter de institución? Guy Peters expone que en cierto modo, el proceso de institucionalización parece darse en dos etapas. En la primera debe haber una decisión consciente de crear una organización o institución para determinado propósito. La segunda etapa sería entonces mejorar la institución a lo largo del tiempo e insuflarle ciertos valores.¹³¹ Las unidades para el tratamiento del cáncer en Santander han cumplido con estas dos etapas. En un primer momento el Coronel Quintín Gustavo Gómez Rodríguez quien encabezaba el gobierno departamental en ese momento, tiene la iniciativa de conformar una institución para el tratamiento del cáncer en la región. Esta idea es puesta en marcha, utilizando las relaciones que tenía el gobernador con las elites bumanguesas, las cuales se unen para buscar un médico especialista para la región. El Dr. Francisco Espinel Salive, fue el cerebro que supo poner en marcha toda esta máquina, cuyos engranajes fueron dando como resultado no solo la unidad del HSJD, sino todas las instituciones que fueron pioneras en campañas de promoción y prevención de la enfermedad, de dar diagnóstico y tratamiento, así como el alojamiento a los pacientes de Santander y su área de influencia.

La segunda etapa de esta institución está reflejada en la unidad de Oncología y radioterapia creada en el hospital Ramón González Valencia en 1979. Con los años, el conocimiento de todas las labores de la institución forja al médico Francisco Espinel Salive, como un profesional que comprende todos los procesos que puede brindar la radioterapia. De esta manera se crea una institución con mayor capacidad para el tratamiento de pacientes, con médicos especializados en los diferentes tipos de cáncer, así como cirujanos y especialistas en radioterapia conocedores de las bondades terapéuticas de los equipos de última tecnología.

¹²⁹ HERNÁNDEZ ÁLVAREZ, Mario. La salud fragmentada en Colombia, 1910 – 1946. Editorial Unibiblos. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá 2002. p. 10.

¹³⁰ PATIÑO R. Juan Miguel. Entrevista # 6 al Dr. Carlos Cortes Caballero. Hora de grabación 08:26:18 a.m. Grabando nombre de archivo: 150326_001. Fecha: 26 de marzo de 2015.

¹³¹ GUY PETERS, Brainard. El nuevo institucionalismo. La teoría institucional en ciencias políticas. Editorial Gedisa. Traducción Verónica Tirota. Primera edición, Barcelona. 2003. p. 56.

3.1 CORONEL QUINTÍN GUSTAVO GÓMEZ RODRÍGUEZ

La muerte por cáncer en 1956, de una distinguida dama de Santander en la Clínica Marly de Bogotá, se convertiría en la iniciativa por la cual se trajera a este departamento al Dr. Francisco Espinel Salive. Y es a partir de este hecho que se concibe la idea de crear una Unidad de Radioterapia y cáncer en el Hospital San Juan de Dios de Bucaramanga. Para esta fecha existían en Bogotá dos centros para tratamiento del cáncer, uno de servicio privado y creado en 1925, por el Dr. Alfonso Esguerra Gómez, quien “al regresar de su especialización en el Instituto de Radium de París abrió en la Casa de Salud de Marly el servicio de Radiumterapia”^{132*} clínica de la cual era fundador su padre el Internista Carlos Esguerra Gaitán. Y el Instituto Nacional de Cancerología, entidad pública que funcionaba desde 1934 para darles atención a aquellos enfermos de cáncer que no contaban con recursos.

Entre el 13 de junio de 1953 y el 10 de mayo de 1957, Colombia fue gobernada por el General Gustavo Rojas Pinilla, quien dió un golpe militar para cambiar la administración de Laureano Gómez. Rojas Pinilla instaura un gobierno militar, Henderson expone que este “ofrecía una alternativa política atractiva a los colombianos hastiados del giro fratricida que había tomado la política tradicional. Muchos de ellos esperaban que pudiera llevarlos más allá del estéril bipartidismo liberal y conservador, hacia una política amplia y socialmente consciente, en la que pudieran participar todos los colombianos”¹³³. Henderson asevera, que “el golpe militar del 13 de junio de 1953 fue, en muchos aspectos, una solución ideal para el impase político colombiano. Con excepción del gremio más importante, Fedecafé (Federación Nacional de cafeteros), el ejército era la única institución que no estaba irremediablemente politizada”.¹³⁴ Las instituciones ejecutivas, legislativas y judiciales fueron controladas por las fuerzas armadas. En este periodo de gobierno del general Rojas Pinilla delega para el departamento de Santander a dos Generales y a un Teniente Coronel para la gobernación.

El 21 de octubre de 1953, inicia su periodo el Coronel Quintín Gustavo Gómez Rodríguez, quien estaría al cargo de la gobernación, hasta el 12 de junio de 1957. Ejerciendo su cargo en Santander, sobreviene un hecho lamentable para su familia. Doña Leonor de Espinel, esposa del Doctor Francisco Espinel en la entrevista realizada el 29 de octubre de 2014, narra como “Doña Mary Villamizar

¹³² CÁCERES, Humberto. Instituto Nacional de Cancerología. Empresa Social del Estado, 1928 – 1998. INC. Santafé de Bogotá. 1998. p. 3 - 14.

* “Con el novedoso empleo de la Radiumterapia en el tratamiento de los enfermos de cáncer, en 1928 en Bogotá solo existían dos servicios asistenciales. El primero funcionaba en la casa de salud de Marly, desde 1925, dirigido por el especialista Alfonso Esguerra Gómez a su regreso de París. El otro era la clínica especializada del Hospital de San Juan de Dios, abierta el 1º. de julio de 1927 por el rector de la Facultad de Medicina, Pompilio Martínez y puesta al cuidado del ilustre cancerólogo mencionado”.

¹³³ HENDERSON, James D. La modernización en Colombia. Los años de Laureano Gómez, 1889 – 1965. Traducción: Magdalena Holguín. Editorial Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia. 2006. p. 533 – 534.

¹³⁴ *Ibíd.*, P. 533.

muere de cáncer en la Clínica Marly de Bogotá, tras varios viajes realizados por ella y el Señor gobernador para tratarse un cáncer; ya que en Bucaramanga solo se prestaban servicios médicos en el Hospital San Juan de Dios y en este no existía un servicio para el tratamiento de esta enfermedad”.¹³⁵

El 30 de agosto de 1956, muere en la Clínica Marly de Bogotá Doña Mary Villamizar de Gómez Rodríguez. Vanguardia Liberal en su edición del 31 de agosto expuso en sus encabezados la noticia de la siguiente manera:

“Falleció en Bogotá la primera dama del Departamento de Santander”. “Santander está de Luto”. “A la una de la tarde de ayer falleció en la Clínica Marly de Bogotá, la señora Mary Villamizar de Gómez Rodríguez, esposa del Señor Gobernador de Santander, Coronel Quintín Gustavo Gómez Rodríguez. La noticia produjo gran consternación en todos los círculos sociales de Santander, Norte de Santander y Bogotá. El sepelio de la distinguida dama Santandereana se realizará a las once de la mañana de hoy, en la Iglesia de Santa Teresita de Bogotá.”¹³⁶ Así mismo el señor alcalde mayor de Bucaramanga, Dr. Guillermo Sorzano González, hizo honores a la memoria de la ilustre desaparecida, por medio del decreto 00110, del municipio de Bucaramanga.

Decreto:

Art. 1º. Señalase como fecha luctuosa para el Municipio de Bucaramanga la del treinta de agosto de mil novecientos cincuenta y seis, día del fallecimiento de Doña Mary Villamizar de Gómez Rodríguez.

Art. 2º. Destacase la obra de virtudes de la ilustre desaparecida como dignas de la gratitud y admiración del pueblo santandereano.

Art. 3º. Por cuenta del tesoro Municipal se celebraran honras fúnebres por el alma de Doña Mary Villamizar de Gómez Rodríguez, en la catedral a las ocho de la mañana del próximo 3 de septiembre. Los empleados municipales se harán presentes en esta ceremonia.

Art. 4º. El pabellón nacional se izará en la Alcaldía a media asta en señal de duelo.

Art. 5. Copia de este decreto con nota de estilo se pasara al Señor Gobernador del Departamento, Coronel Quintín Gustavo Gómez Rodríguez, representante de la familia de la ilustre desaparecida.

Cúmplase. Expedido en Bucaramanga, a 30 de agosto de 1956.¹³⁷

¹³⁵PATÍÑO R. Juan Miguel. Entrevista # 3: Leonor Correal de Espinel. Esposa del Dr. Francisco Espinel Salive. Hora: 05:060 p.m. Grabando nombre de archivo: 14102_001. Bogotá, 29 Octubre de 2014.

¹³⁶ VANGUARDIA LIBERAL. Santander está de luto. Año XXXVII. Número 12007. Bucaramanga, Viernes agosto 31 de 1956. Primera página.

¹³⁷ Ibíd., p. 6.

Foto 1. Doña Mary Villamizar de Gómez Rodríguez, el Coronel Quintín Gustavo Gómez R. y su hija Gladis.



Fuente: Vanguardia liberal

Después de morir Doña Mary, el gobernador vuelve a Bogotá finalizando el año de 1957, pero esta vez al Instituto Nacional de Cancerología. Allí comenta Doña Leonor, que este se reunió con el entonces director del Instituto, el Dr. Mario Gaitán Yanguas para exponerle los problemas y las dificultades que tuvo que atravesar en el proceso de la enfermedad de su esposa. Para la época viajar a Bogotá era una travesía, por los buses y el estado de las carreteras, “el gobernador que tenía los medios para hacerlo en avión sentía que por la enfermedad y la distancia, se dificultaba a su esposa realizar los tratamientos como era debido”.¹³⁸ Por lo cual era indispensable un servicio para tratar el cáncer en la región.

Por esto le pidió al Dr. Gaitán Yanguas, que enviara a Bucaramanga un médico especialista en cáncer, “por la necesidad que tienen los enfermos, así como la falta de recursos, comentándole que antes de que terminara su periodo él iba a

¹³⁸ PATIÑO R. Juan Miguel. Entrevista # 3: Leonor Correal de Espinel. Esposa del Dr. Francisco Espinel Salive. Hora de grabación 05:060 p.m. Grabando nombre de archivo: 14102_001. Bogotá, 29 Octubre de 2014.

organizar la parte de cancerología en el Hospital San Juan de Dios”.¹³⁹ El Dr. Gaitán le habló al gobernador del Dr. Espinel, y lo recomendó como uno de sus médicos preferidos, pero le dijo al gobernador que hablara personalmente con él y le expusiera el caso de Bucaramanga. El Dr. Espinel y la Señora Leonor ya llevaban un tiempo saliendo y mantenían un noviazgo de unos meses. Ellos se conocieron unos años antes porque la hermana del Dr. Espinel estudió Servicios Sociales, con doña Leonor en la Escuela María Carulla de Vergara que era Anexa a la Universidad del Rosario.

Dice Doña Leonor que en octubre de 1957, el gobernador de Santander había hablado con él Dr. Francisco y que le había ofrecido la oportunidad de irse a trabajar a Bucaramanga para crear una unidad de radioterapia. “Yo le dije pues Pacho me parece una cosa muy interesante. Tu allá puedes hacer de todo, trabajar, estudiar, investigar y es mejor ser cabeza de ratón que cola de león. Su respuesta fue, tú te casas conmigo y nos vamos para Bucaramanga. Su propuesta fue en octubre de 1957 y nosotros nos casamos el 8 de febrero de 1958.”¹⁴⁰

Foto 2. María Eugenia de Gaitán, Fráncico Espinel, Leonor de Espinel y Mario Gaitán Yanguas padrino de bodas.



Fuente: Archivo Familia Espinel Correal

¹³⁹ PATIÑO R. Juan Miguel. Entrevista # 3: Leonor Correal de Espinel. Esposa del Dr. Francisco Espinel Salive. Hora de grabación 05:060 p.m. Grabando nombre de archivo: 14102_001. Bogotá, 29 Octubre de 2014.

¹⁴⁰ *Ibíd.*

Al hablar del Coronel Quintín Gómez, el Dr. Carlos Cortes recuerda lo siguiente:

Él fue muy apreciado en la sociedad, su calidad humana lo llevó a mover los hilos para curar la enfermedad y fue quien planeo conseguir los dineros y contratar a los médicos, su calidad de gobernador le permitía mover los auxilios y asignar el personal que necesitaba el departamento convirtiéndose en el gran benefactor de la lucha contra el cáncer en Santander. La función de estas juntas de beneficencia era conseguir los dineros para los pagos del personal, de las enfermeras. Pues a los médicos y a los administrativos no se les pagaba.¹⁴¹

El nombre de Doña Mary Villamizar de Gómez sería finalmente propuesto para nombrar la Unidad de Radioterapia y Cáncer del Hospital San Juan de Dios. El 21 de octubre de 1966, el Dr. Francisco Espinel Salive, comunicaría a la junta de la Liga Santandereana de Lucha Contra el Cáncer, “la aceptación por parte de la Junta Municipal de Beneficencia para cooperar en el descubrimiento de la placa de honor de Doña Mary Villamizar de Gómez en el servicio de Radioterapia.”¹⁴² Dignidad con la cual se le daba crédito a todas las actividades del Coronel, trabajador incasable en esta lucha contra la enfermedad en el departamento y de quien se perdió el rastro después de su muerte.

3.2 EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BUCARAMANGA. 1950 – 1960

En su artículo, La situación hospitalaria y asistencial, urbana y rural en Colombia, Gabriel Velázquez Palau, expuso, que para el año de 1960, las instituciones de salud que funcionaban en el país, procedían de diversas fuentes de origen: “Canónico, Gubernamental, o por Acción Comunal;”¹⁴³ Y que eran entidades con personería jurídica, que se regían por sus propios estatutos, elaborados por su Junta Directiva, en la que tenía representación obligada el Gobierno Nacional. Así mismo, explicó que para clasificarlas no existía un criterio uniforme y técnico, para lo cual denominó cuatro clases de instituciones, teniendo en cuenta el propietario o la fuente de financiación:

a) Hospitales Oficiales, aquellos que siendo de utilidad común, son financiados íntegramente por el Gobierno, bien sea Nacional, Departamental o Municipal.

¹⁴¹ PATIÑO R. Juan Miguel. Entrevista # 6 al Dr. Carlos Cortes Caballero. Hora de grabación 08:26:18 a.m. Grabando nombre de archivo: 150326_001. Fecha de grabación: 26 de marzo de 2015.

¹⁴² LIGA SANTANDEREANA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER. Acta de reunión Número 10. 21 de octubre de 1966. Folio. 15.

¹⁴³ VELÁZQUEZ PALAU, Gabriel. De que mueren los colombianos. En: Patiño, José Félix et al. Medicina y desarrollo social: La contribución de la educación médica a la tarea del desarrollo económico-social. Asociación colombiana de facultades de medicina. Edición conjunta de Ediciones Tercer Mundo y el Comité Ejecutivo de la A. C. F. M. Bogotá, 1964. p. 143.

b) Hospitales Privados, los que pertenecen a entidades privadas o a particulares y además, no reciben ningún aporte o auxilio oficial. Aquí figuran todas las llamadas Clínicas con fines de lucro.

c) Hospitales Mixtos, que constituyen la gran mayoría en el país, reciben auxilios de la Nación, Departamento o Municipio, así como de las Beneficencias, como parte de su financiación.

d) Hospitales Descentralizados, son dependientes de Instituciones o de Institutos descentralizados, tales como Ferrocarriles, Fuerzas Armadas, Seguros Sociales, Cajas de Previsión, etc., a los cuales el Estado auxilia indirectamente.

Igualmente encontró que la distribución en el país de dichas instituciones tampoco obedecía a ningún plan especial y mucho menos técnico. "Los hospitales han surgido en las ciudades grandes y pequeñas, generalmente por el entusiasmo de gentes con gran voluntad de servicio, pero con desconocimiento absoluto de las necesidades y requerimientos de la población, desde el punto de vista técnico asistencial."¹⁴⁴ El hospital no contaba con los servicios generales, ni con laboratorios para realizar diagnósticos.

El hospital San Juan de Dios de Bucaramanga fue una institución de caridad, cuyo presupuesto para los funcionamientos de la asistencia, empleados, médicos y especialistas, provenían de las rentas y auxilios del departamento, así como de las donaciones de sus ciudadanos^{145*}. Brindaba servicios hospitalarios de pensionados con entidades públicas y privadas, con personas jurídicas o naturales.

"Su construcción de tipo colonial permitía albergar 600 pacientes distribuidos en cuatro departamentos recomendados por la misión americana, que revisó la educación médica en Colombia en la década de los 60. Todos sus servicios eran gratuitos inclusive los estudios diagnósticos y los medicamentos de la consulta externa. El trabajo del médico era gratuito para los pacientes no pensionados."¹⁴⁶

Las donaciones daban estatus entre la población y permitían adquirir empleos en las áreas del gobierno.

¹⁴⁴ VELÁZQUEZ PALAU, Gabriel. De que mueren los colombianos. En: Patiño, José Félix et al. Medicina y desarrollo social: La contribución de la educación médica a la tarea del desarrollo económico-social. Asociación colombiana de facultades de medicina. Edición conjunta de Ediciones Tercer Mundo y el Comité Ejecutivo de la A. C. F. M. Bogotá, 1964. p. 144

¹⁴⁵ HERNÁNDEZ ÁLVAREZ, Mario. La salud fragmentada en Colombia, 1910 – 1946. Editorial Unibiblos. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá 2002. p. 13.

* Para los benefactores de la Beneficencia se trataba también de una inversión. En esta condición se encontraban conservadores y liberales de todos los sectores económicos. "Los miembros de las Juntas de Beneficencia serán designados entre las personas más honorables por su competencia y posición, residentes en el municipio, y se preferirá, en igualdad de circunstancias, a los benefactores del ramo", ordenaba la Junta General de Beneficencia en 1915.

¹⁴⁶ PARRA ZULUAGA, Gustavo Adolfo. Historia ligada al desarrollo de la medicina en la región y aportes a la comunidad científica mundial. Acta medica colombiana. Volumen 34. Número 2. 2009. p.138.

El Departamento de Asistencia Social de Santander fue la máxima entidad de salud del Departamento y era dependencia del gobernador, de ellas se derivaban las Juntas de beneficencia municipales. El Departamento de Asistencia era la entidad a la cual el gobierno le giraba los dineros para la salud y esta a su vez se encargaba de dirigirlos a los hospitales a través de la junta de beneficencia municipal. El Concejo Municipal de Bucaramanga crea para el Municipio la Junta Municipal de Beneficencia de Bucaramanga, mediante el acuerdo número 27 de 1941 (agosto 8). “en ejercicio del derecho de propiedad que tiene sobre el Hospital San Juan de Dios y sus dependencias en esta ciudad”.¹⁴⁷ Después de integrada la Junta, esta tendría que proceder a elaborar sus estatutos los cuales estarían sujetos a aprobación del Concejo Municipal y del Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social, y posteriormente debía adelantar las gestiones conducentes para obtener del órgano ejecutivo nacional del poder público, la personería jurídica.

En la resolución número 7 de 1942 (septiembre 30), por la cual se expiden los estatutos para el Hospital San Juan de Dios de Bucaramanga, se aprecian los derechos y deberes de esta institución. Los artículos 1º y 2º dicen así:

El Hospital de San Juan de Dios tiene por objeto prestar asistencia médica y hospitalaria a quienes careciendo de medios de subsistencia y de derecho para exigirla de otras personas, estén físicamente incapacitadas para trabajar por padecer de alguna enfermedad (Art. 39 de la Constitución Nacional). Podrá prestar igualmente servicios de pensionado de conformidad con las normas legales vigentes y con sus respectivos reglamentos.¹⁴⁸

La Junta de Beneficencia Municipal de Bucaramanga, realiza las gestiones con la Gobernación de Santander, para lograr el acto de constitución de la institución y de reconocimiento ante el Departamento Jurídico del Ministerio de Justicia en Bogotá. Este organismo administrativo le reconoció personería jurídica a la junta de Bucaramanga bajo la Resolución número 89, del 7 de julio de 1950¹⁴⁹.

Su presupuesto dependía del Ministerio de Salud, y en mínima parte del municipio que disponía de él a través de Junta de Beneficencia Municipal, la cual estaba atenta al manejo de los recursos estatales recibidos. El artículo 7º de los estatutos del hospital indicaba que, “la institución tendrá un Sindico – Tesorero elegido por la Junta Directiva, el cual podrá ser reelegido indefinidamente”.¹⁵⁰ Siendo el representante legal de la institución, el ejercicio de sus funciones era, recaudar fondos para la institución y hacer los pagos de la cuentas a cargo de la entidad, de acuerdo con el presupuesto:

¹⁴⁷ MINISTERIO DE JUSTICIA: DEPARTAMENTO JURÍDICO. Personería Jurídica. Resolución número 89 de 1950 (Julio 7). Folio 24.

¹⁴⁸ *Ibíd.*, Folio 15.

¹⁴⁹ *Ibíd.*, Folio 6.

¹⁵⁰ *Ibíd.*, Folio 15.

Este podía enajenar, transigir, aceptar herencias, legados y donaciones, promover rifas y bazares, celebrar los contratos que tiendan a llenar los fines de la institución, comprometer, desistir, comparecer en los juicios en que se discuta el dominio y propiedad de los bienes de la entidad, mudar la forma de estos, darlos en hipoteca o prenda, todo con el previo dictamen favorable de la Junta Directiva y con la autorización del Departamento de Asistencia Social.¹⁵¹

El 28 de octubre de 1950, el Ministerio de Justicia inscribe el nombre del señor Francisco Antonio Harker Ortiz como representante legal de la Junta de Beneficencia Municipal de Bucaramanga. En la entrevista hecha al Dr. Carlos Cortes, este expresa que “Don Francisco Harker era en esa época el síndico del hospital, ya que, el cargo de gerente no existía, este señor Harker era un empírico de la administración, un persona honorable que manejaba toda la parte administrativa del hospital, él era quien hacía los contactos para contratar el personal del hospital”¹⁵². El señor Harker sería el encargado por el gobernador Coronel Quintín Gustavo Gómez Rodríguez, de contratar a los doctores Francisco Espinel y Francisco Mogollón en el año de 1958, para crear respectivamente los departamentos de radioterapia y de patología que el hospital requería.

Guy Peters manifestó, que para las teorías institucionales, las preferencias individuales se deben, en gran medida, a su interacción con las instituciones. Así, las instituciones moldean considerablemente a sus propios participantes y proveen sistemas de significación para quienes participan en la política y, en un sentido más amplio, en la vida social.¹⁵³ El Dr. Francisco Espinel Salive, entendió que al conformar y hacer buen uso de las instituciones le proporcionaría más elementos a su lucha contra la enfermedad y más oportunidades a su carrera académica e investigativa. Por sus investigaciones y logros sería nombrado posteriormente miembro de la Academia Nacional de Medicina, y después como Magistrado del Tribunal de Ética médica de Santander.

La institución en la cual obtuvo su formación y posteriormente en las que prestó sus servicios, inculcaron en el doctor Espinel, esa disposición a la investigación, su capacidad para administrar, gestionar y de procurar el bien de las personas de manera desinteresada.

Por qué lo quiso a él, tanto la gente, porque cuando sus pacientes se presentaban con diferentes molestias este siempre estuvo dispuesto a dar un tratamiento, cosa que no hacían los demás médicos, que

¹⁵¹ MINISTERIO DE JUSTICIA: DEPARTAMENTO JURÍDICO. Personería Jurídica. Resolución número 89 de 1950 (Julio 7). Folio 16.

¹⁵² PATIÑO R. Juan Miguel. Entrevista # 6 al Dr. Carlos Cortes Caballero. Hora de grabación 08:26:18 a.m. Grabando nombre de archivo: 150326_001. Fecha de grabación: marzo 26 de 2015.

¹⁵³ GUY PETERS, Brainard: El nuevo institucionalismo. La teoría institucional en ciencias políticas. Editorial Gedisa. Traducción Verónica Tirota. Primera edición, Barcelona. 2003. p 47.

presenta una diarrea el formulaba, que siente dolores de cabeza el formulaba, que la radioterapia no me deja levantarme, y sus respuesta era pues vamos a ver qué pasa busquemos la solución para que usted pueda hacerlo, lo cual lo hacía un medico integral, humanista y que las personas lo recordarán.¹⁵⁴

Así mismo, se vislumbra como su práctica médica le permitió lidiar contra la incomprensión de la enfermedad y la desconfianza hacia el médico, permitiendo a los pacientes aceptar y acudir al tratamiento necesario para su recuperación.

Teniendo en cuenta la influencia que ejercen las instituciones en el individuo y como las instituciones moldean la conducta de los individuos y la condicionan en su interacción con el medio, Parra Zuluaga escribió estas palabras del Dr. Antonio Báez Díaz, para representar a los médicos del Hospital San Juan de Dios:

El médico de la época en los años 60, vivía con dignidad y se sentía con derecho a ella. Durante la mañana dedicaba su tiempo al hospital, donde tenía pacientes a su cargo que le permitían un ejercicio actualizado de su actividad médica; durante las horas de la tarde atendía pacientes particulares que solicitaban su servicio, conocedores de su buen desempeño hospitalario y merecedores de una fama que era reconocida en la región. Su trabajo le permitía vivir dignamente, con elegancia pero sin estridencia, y con la oportunidad de espacios para cultivar las amistades, ojala acompañado del calor de un espumoso vino. En la sociedad era reconocido como un líder natural, y como un consejero en tiempos de dificultades. Su opinión era tenida en cuenta y su alta posición nadie la discutía. Era un paradigma por su laboriosidad, comportamiento ético y cultural en general.¹⁵⁵

Son quizás estas letras las que mejor describen esos primeros años de trabajos del Dr. Francisco Espinel. Sus 25 años de servicio a la sociedad fueron repartidos entre el hospital y su consulta privada, pero al parecer sus esfuerzos lo condujeron siempre por la vía institucional con la cual podía proporcionar más para sus semejantes. Francisco Espinel fue sin lugar a dudas un hombre que estudió, trabajó, investigó, creó y realizó en pro de la medicina; la medicina que disfrutaba y que lo mantenía entre los mejores círculos de la ciudad, con sus relaciones pudo equipar varias instituciones para luchar contra el cáncer, en las cuales siempre rigieron sus valores de persona útil, generosa y altruista.

¹⁵⁴ PATIÑO R. Juan Miguel. Entrevista # 6 al Dr. Carlos Cortes Caballero. Hora de grabación 08:26:18 a.m. Grabando nombre de archivo: 150326_001. Fecha de grabación: marzo 26 de 2015.

¹⁵⁵ PARRA ZULUAGA, Gustavo Adolfo. Historia ligada al desarrollo de la medicina en la región y aportes a la comunidad científica mundial. Acta medica colombiana. Volumen 34. Número 2. 2009. p. 138.

3.3 FRANCISCO ESPINEL SALIVE

“Los médicos.... Tanto por la caridad cristiana que la mayoría profesaba, como por la ética hipocrática que sostenía su labor, los médicos se sentían distribuidores naturales de los beneficios de la ciencia para toda la población”. Así, trabajaban en las mañanas en un hospital de caridad, en las tardes en sus consultorios y clínicas y, los más prestantes, desarrollaron sus propias instituciones de beneficencia o participaron en la modernización higienista.¹⁵⁶

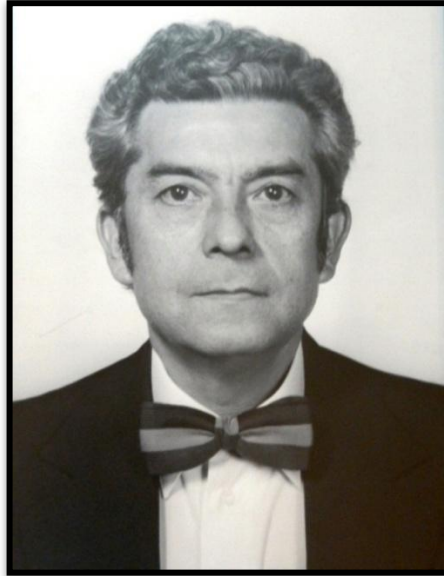
Para destacar la presencia del Dr. Espinel quien trabajó en Santander desde 1958 hasta 1985, se hace necesario exteriorizar los acontecimientos más relevantes de su vida, entre ellos: su familia, estudios, profesión, investigación, así como su obra. Trábulse explica que, “la biografía de un hombre de ciencia es en gran medida la historia de su obra. La mayoría de los estudios que intentan delinear el retrato de un científico tienden casi siempre a divorciar la vida de la obra, poniendo el acento en una de ambas o bien, en el mejor de los casos, exponiendo cada una de ellas por separado”.¹⁵⁷ Se intentara plasmar su vida, relacionada al análisis de la época, de las normas sociales y de los valores esencialmente compartidos con la comunidad. Aquí se representarán sus aportes, las tecnologías empleadas, se sacarán a la luz los logros de un hombre de ciencia, que nunca recibió en el país el reconocimiento histórico que merecía.

Ubicado en el costado sur del cuarto que funciona como vestier y cafetería en la Unidad de Oncología, justo en la pared que divide el baño de hombres con la cocina de esta misma estancia, se expone el retrato del médico Francisco Espinel Salive. La foto muestra un hombre pulcro en su vestir- en su traje se destaca un corbatín, prenda muy particular en él-, bien peinado, ojos grandes y mirada atenta. Esta imagen a blanco y negro enmarcada entre bastidores de aluminio deja ver en la parte central inferior del marco, una minúscula y sencilla plaquita dorada con el nombre del médico, su fecha de nacimiento y fallecimiento, e igualmente, reza el nombre del gremio galeno que le hace su póstumo homenaje por medio de esta imagen.

¹⁵⁶ HERNÁNDEZ ÁLVAREZ, Mario. La fractura originaria en la organización de los servicios de salud en Colombia. 1910-1946. Anuario Colombiano de Historia Social y de la Cultura 27, 2000. Pág. 15.

¹⁵⁷ TRABULSE, Elías. La ciencia perdida. Fray Diego Rodríguez, un sabio del siglo XVII. Fondo de Cultura Económica. México D. F. 1985. p. 8.

Foto 3. Dr. Francisco Espinel Salive. (Con ella se le rindieron los diferentes homenajes. Se encuentra en la Unidad de Oncología, en el Comité de Ética Médica de Santander)



Fuente: Hospital Universitario de Santander

Este retrato es la única muestra palpable de quien fuese el promotor de la creación de la Unidad de Oncología del entonces Hospital Universitario Ramón González Valencia de la ciudad de Bucaramanga. La pared en la que reposa la foto sirve de altar y sin pretenderlo ha rendido un silencioso homenaje a esta figura médica, un homenaje que pasa desapercibido al ojo de médicos y pacientes, un homenaje casi qué privado, que le resta valor a su obra.

El 13 de agosto de 2015, se cumplió el trigésimo aniversario de la muerte del Dr. Francisco Espinel Salive, una de las figuras médicas más sobresalientes del departamento por su participación en la constitución de las instituciones de lucha contra el cáncer para la región. Fallecido apenas al cumplir los 55 años de edad, sus esfuerzos se vieron representados en los 22 años de servicio al frente de estas unidades para el tratamiento del cáncer en Santander, así como por su participación en las diferentes sociedades científicas del departamento y del país. Evocar su memoria, es tratar de extender un homenaje a su figura, buscando que ahora esta tierra le retribuya y sus pasos sean un recuerdo indestructible de nuestra memoria.

Hijo de Francisco Espinel e Isabel Salive. Francisco Espinel Salive nace el seis de marzo de 1929, en Girardot, Departamento de Cundinamarca. A principios de siglo XX, la familia Salive que eran de descendencia libanesa, estaba radicada en Venezuela, pero bajo el mandato dictatorial del presidente Juan Vicente Gómez, estos tuvieron que abandonar el país y se dirigieron a Colombia abriéndose paso

por Barranquilla. Los hermanos de Isabel Salive, llegaron hasta el Espinal, ya que entre sus empresas figuraba una compañía de transporte fluvial que unía la costa con el interior, por el río Magdalena. Se establecen en Neiva, donde su hermano Paco Salive se dedica al cultivo del arroz. Francisco e Isabel se conocieron en Neiva, mientras este hacía su año rural para graduarse como abogado, se casaron, de ahí se fueron a Bogotá donde finalmente se radicaron.

Francisco Espinel Salive fue estudiante del Colegio Nacional de San Bartolomé de Bogotá, donde terminó satisfactoriamente sus estudios de bachillerato en el año de 1947. Al año siguiente se matriculó en la Universidad Nacional de Colombia, iniciando en 1948 su primer año de estudios médicos, los cuales concluiría en el año de 1953. Fueron seis años durante los cuales cursó y aprobó sus estudios obteniendo en el cómputo general de calificaciones la nota de cuatro enteros quince centésimas (4.15). Francisco Espinel Correal expone que, en la época en que su padre realizó los estudios de medicina para conseguir el título de médico, “se hacía primero el rural y después se graduaban, a él lo eximieron de los exámenes preparatorios para graduarse por su promedio”.¹⁵⁸ En el acta de grado expedida por la facultad de Medicina el día 28 de mayo de 1955, aparece entre los 22 alumnos aspirantes al grado el nombre del doctor Espinel, con una nota al margen en la cual figura: “Exento de preparatorios por computo de calificaciones.” (*Anexo 1*)

Entre los documentos que le fueron exigidos para ser incluido en la lista de alumnos que recibirían su grado de doctor en Medicina y Cirugía se encontraron: Un certificado de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional, en el cual consta que fue eximido de presentar los exámenes preparatorios. Un certificado de los servicios de internado que prestó en la clínica Marly de Bogotá entre los años de 1953 – 54. Así, como el certificado de la Dirección Departamental de Salud Pública de Antioquia, correspondiente al Servicio de Medicina Rural prestado entre 1954 y 1955, en el Departamento de Antioquia Municipio de Donmatías. Al terminar su servicio rural el doctor Espinel expresa su agradecimiento a la comunidad con la cual compartió sus primeras labores, estas fueron sus palabras:

¹⁵⁸ PATIÑO R. Juan Miguel. Entrevista # 2 a Francisco Espinel Correal. Hora de grabación: 1:18:42. Grabando nombre de archivo: 140908_001. 8 de octubre de 2014.

Foto 4. Contenido del discurso ofrecido por el Doctor Espinel, en Don Matías (Ant.) 1956 (Página 1)

Amigos míos:

Cuando en una noche lluviosa -hace ya de esto un año- caminaba hacia el Puesto de Salud por primera vez, bullían en mi interior múltiples inquietudes y atravesaban mi pensamiento un sinnúmero de encontradas ideas, de temores y de sospechas.

Calado hasta los huesos, no pensaba en la lluvia sino en el horizonte gris que tenía ante mi vista.

Atrás quedaban diez y ocho años de estudios teóricos, de esfuerzos y de paciencia. Atrás quedaba casi media vida e iniciaba la otra mitad, la real, la que no mentiría, la que me pondría en directo contacto con el cuerpo y el alma humanos; la que me haría vivir la ajena tragedia y el ajeno dolor; la que me haría empuñar las armas que me cedían mis maestros, en contra del dolor, de la muerte o del desconsuelo.

Atrás quedaban los padres, los amigos de la infancia, los gustos y las predilecciones hogareñas. Todo sería ahora nuevo y desconocido. Cuán duros momentos, en verdad, aquellos. Pensaba en los míos, en todo lo que dejaba y en todo lo que me esperaba.

Sólo me acompañarían al comienzo, mis libros y las enseñanzas de mis padres y mis maestros. Tenía miedo de no ser capaz de cumplir con lo que me había propuesto; tenía a flor de espíritu la sabia frase Dumas que tanta veces me repetía a mí mismo: "La misión del médico es curar, muy pocas veces; mejorar, otras y consolar siempre".

En medio del diario trajín, en el consultorio o en el campo, fui trabando amistad con el dolor ajeno hasta llegar a sentir que era mío también. Arriba estaba el Dios Todopoderoso, el que curaba la herida pues yo sólo la vendaba.

Y luego fuisteis vosotros los que me alentasteis en la labor. Vuestra benevolencia y vuestro inmerecido afecto. Pisando el suelo amable que me ofrecíais, surgía cada vez más clara mi línea de conducta.

Yo no he hecho nada que no sea responder, hasta donde puede mi pobre naturaleza ser sincera, a vuestra confianza y a vuestro permanente estímulo. Me habéis recibido con los brazos abiertos y con éllo me habéis obligado a abrir los míos al rico y al pobre, al humilde y al orgulloso, al sano y al enfermo, al niño famélico y ávido de cariño y al anciano olvidado que pide comprensión y caridad.

En una palabra, me habéis dictado las normas de mi de-

Foto 5. Contenido del discurso ofrecido por el Doctor Espinel, en Don Matías (Ant.) 1956 (página 2)

2

ber y por é llo sois mis acreedores. Os debo mucho de lo poco que sé del hombre; de su cuerpo y de su espíritu, de su felicidad y de su miseria.

Méritos, pues, yo no los tengo. Lo que calificáis como tales no será más que otra prueba de vuestra bondad para con este sencillo médico de pueblo, que ya tanto os debe.

No son éstas, manifestaciones de una falsa modestia ni alardes de una sencillez de alma, que no poseo. Muy poco pesan en la balanza mis actuaciones sin ese apoyo y esa benevolencia que os habéis dignado dispensarme.

Mirad si no, el estímulo que para vuestro "médico oficial" representa la inmerecida confianza que en él han puesto vuestro párroco—que es el mío—, vuestro coadjutor—que es el mío—, vuestra Sociedad de Mejoras Públicas—que es la mía—, vuestra Junta Directiva del Hospital—que es la mía—, vuestros campesinos, vuestros pobres y vuestros ricos, todos, todos vosotros para quienes pido a Dios gracias sin fin.

Cómo puedo pretender en algún momento merecer esa confianza que en mí habéis depositado gratuitamente y que ha afianzado en mi humilde persona la decisión de servirlos hasta el sacrificio y de ayudarlos hasta la propia negación?

Mis labores en pro del Hospital, no han sido inspiradas por el laudable interés de la Junta? La escasa, pero sincera colaboración en el seno de la Sociedad de Mejoras Públicas, no es acaso el fruto de su constante preocupación por el bienestar, la estética, en fin, por el mejoramiento del pueblo? Así con todo aquello por lo que me elogiáis. Sois vosotros quienes los habéis hecho todo.

El médico y el amigo; aquel que diariamente oye vuestras quejas y vuestros dolores; aquel que por la tarde empuja el estetoscopio y por la noche rasguea la guitarra; aquel que tan poco merece y a quien confundís hoy con este cálido homenaje, os da las gracias más cálidas y sinceras.

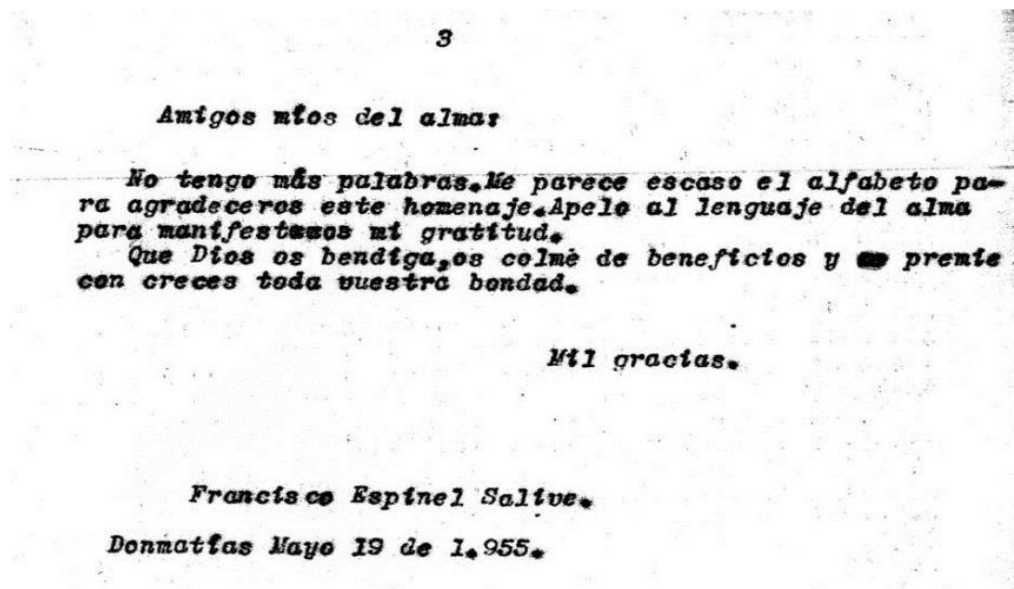
Amigos Míos:

Reverendo Padre Barrera, Reverendo Padre Botero, Doña Anta Vda. de Estrada, Sociedad de Mejoras Públicas, distinguida concurrencia, (trío Villegas, Club de Los Vagos del Kiosco, Rodrigo Estrada) Banda Parroquial, —y me perdonareis que no os nombre a todos—, quisiera poder mostraros el corazón para que vierais que en él ocupáis todos un lugar privilegiado.

Os debo cuanto he sido en este año y ruego a Dios que os conserve mucho tiempo para que continúeis siendo modelo, guía y ejemplo para mis sucesores y fuente de gratitud y de comprensión para todos los que conviven con vosotros.

Fuente: Archivo Familia Espinel Correal

Foto 6. Contenido del discurso ofrecido por el Doctor Espinel, en Don Matías (Ant.) 1956 (página 3)



Fuente: Archivo Familia Espinel Correal

Dice el Dr. Carlos Cortes Caballero que ellos vivieron la transición de la medicina Francesa a la Americana. Independiente de la institución a la que se fuera, las escuelas enseñaban comportamiento, en los colegios enseñaban el humanismo y el bagaje cívico, cultural y humanista era inmenso. En la Universidad los profesores que heredaron esa cultura europea, enseñaban enfermedades con literatura, por ejemplo los profesores enseñaban acerca de la menstruación de la siguiente manera: la menstruación es el llanto de un útero defraudado en su proceso, ¿por qué llora el útero? porque no lo embarazaron. Frases como esas eran muy descriptivas para enseñar la medicina. Al contrario los americanos sabían mucho de técnica, de exámenes, de procedimientos, pero ellos no saben de historia, de geografía, no sabían dónde estaba Colombia. Esto hizo que toda esa cultura se fuera perdiendo, antes de los americanos, la ciencia médica hablaba en inglés, en francés, en alemán. Aquí terminamos empapamos fue de la cultura americana hasta el punto en que aquí y ahora se habla inglés y ya.¹⁵⁹

En el año de 1956, el Dr. Espinel pasa a formar parte del curso de cancerología en el Instituto Nacional con sede en Bogotá, por esos años los estudiantes del instituto contaban con el aval de la Sociedad Medica Javeriana. Al parecer esta sociedad era la encargada de proporcionar los diplomas que certificaban que los estudiantes del instituto habían terminado su internado en radioterapia. El doctor

¹⁵⁹ PATIÑO R. Juan Miguel. Entrevista # 6 al Dr. Carlos Cortes Caballero. Hora de grabación 08:26:18 a.m. Grabando nombre de archivo: 150326_001. Fecha de grabación: 26 de marzo de 2015.

Otero Ruiz recordó este momento en la forma que sigue: “hace ya 37 años, en los pabellones del Instituto Nacional de Cancerología entrabamos a hacer el internado con apenas unos cuantos meses de diferencia, y de él se decía que era uno de los alumnos más brillantes de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional.”¹⁶⁰ Era una especialidad que le venía como anillo al dedo, pues encajaba con su espíritu metódico e investigativo, que se deleitaba con los cálculos y las deducciones precisas. Y con los resultados que ese momento, como hoy, 3 o 4 décadas después, constituían o constituyen uno de los pocos armamentos que tenemos en la lucha contra ese espectro tenebroso que es el cáncer.¹⁶¹

Foto 7. Mosaico Curso de Cancerología, Instituto nacional de Cancerología 1956.



Fuente: Instituto Nacional de Cancerología. Foto tomada del mosaico el 14 de noviembre de 2014.

¹⁶⁰ OTERO RUIZ, Efraím. A propósito de un retrato póstumo: Francisco Espinel Salive (1929 – 1985) Revista Academia Nacional de Medicina. En: www.encolombia.com/medicina. p. 36.

¹⁶¹ *Ibíd.*, p.39.

Foto 8. Acercamiento mosaico Curso de Cancerología. De izquierda a derecha el Dr. Espinel esta ubicado en el tercer lugar.



Fuente: Instituto Nacional de Cancerología. Foto tomada del mosaico el 14 de noviembre de 2014.

También en ese año de 1956, se da inicio a la radioterapia como una nueva especialización médica en Colombia. Esta, según Gaitán Yanguas “se había venido haciendo en el país de manera más o menos empírica o a base solamente de estudios en el exterior.”¹⁶² La organización del Primer Curso de Fundamentos Físicos y Biológicos de la Radioterapia, que fuera dictado en 1957, por el personal del Departamento de Radioterapia del Instituto, tuvo la participación de cinco médicos, algunos enviados por entidades interesadas en la especialidad y otros que pasaron a formar parte del personal entre ellos el Dr. Espinel.

Allí en el instituto el Dr. Espinel, estuvo bajo la tutela del doctor y académico Mario Gaitán Yanguas. Esta relación fue muy fructífera para el Dr. Espinel ya que además de compartir amistad y conocimiento, el Dr. Yanguas se convertiría en su padrino de bodas, pero también y más importante aún, en el padrino de todos los objetivos que el Dr. Espinel desarrollará en Santander en el tema de los tratamientos. Mario Gaitán Yanguas, después de trabajar durante 10 años al frente del servicio de radioterapia, asumió la dirección del INC, desde 1957 hasta 1974. El Dr. Otero lo recuerda de la siguiente manera. “Inquieto y estudioso como pocos, desde muy temprano se dio cuenta de que su asistencia frecuente a congresos y reuniones internacionales era indispensable para mantenerse al frente de esas décadas de renovadas y cambiantes practicas oncológicas”¹⁶³

Además de contar con un gran prestigio como médico y radioterapeuta, escribió el Dr. Otero Ruiz, su mayor logro en el INC, se dio:

¹⁶² GAITÁN YANGUAS, Mario. Breve historia del Instituto Nacional de Cancerología de Bogotá. Boletín del Instituto Nacional de Cancerología. Vol. 2. No. 6 – Enero - Junio de 1974. Pág. 26.

¹⁶³ OTERO RUIZ, Efraím. Setenta años de cáncer en Colombia. Historia del Instituto Nacional de Cancerología 1934 – 1999. Editora Géminis. Santa fe de Bogotá. 1999. Pág. 145.

Durante el gobierno de Lleras Camargo, en este se crearon los primeros institutos descentralizados y él aprovechó para que se designara como tal al de cancerología, manteniendo su adscripción al Ministerio de Salud: ello le permitía una mayor autonomía administrativa, con un presupuesto independientemente asignado en la respectiva ley y con la junta directiva presidida por el Ministerio de Salud, a cuyo cargo estaban tanto las inversiones como las decisiones científicas o administrativas. Este esquema comenzó a regir a partir de 1960 y es el que se mantiene con algunas modificaciones hasta nuestros días.¹⁶⁴

Como ya se mencionó anteriormente, por el año de 1957, el Coronel Quintín Gustavo Gómez, se reunió en el INC, con el Dr. Mario Gaitán Yanguas, para exponerle la problemática del cáncer en la ciudad de Bucaramanga, la cual alertaba a las autoridades sanitarias por su expansión y el poco control que sobre esta enfermedad se tenía. Su apoyo incondicional hacia el Dr. Espinel, le daría el aval para venir a esta tierra a incursionar en este tema de la radioterapia, así mismo, desde el instituto le proporcionaría todas las herramientas para alcanzar con éxito todas sus metas.

En el homenaje póstumo rendido al Dr. Francisco Espinel, el Dr. Efraím Otero Ruiz hizo mención de ese momento en el cual, habiendo terminado su especialización en Bogotá, este aceptaba la responsabilidad de trasladarse a trabajar en el Hospital: “Y a sabiendas de que tendría que luchar contra un medio relativamente inhóspito y desguarnecido, como era el del viejo Hospital de San Juan de Dios de Bucaramanga, aceptó, desde 1958, trasladarse a esta ciudad para iniciar un servicio de oncología y radioterapia que tendría que crear con sus propias manos.”¹⁶⁵ La llegada de este médico a Bucaramanga fue una iniciativa del jefe del departamento, decisión que lo pondría directamente en amistad con los círculos sociales de Bucaramanga.

El Dr. Carlos Cortes comenta que:

A la llegada del Dr. Espinel a Bucaramanga, la comunidad lo hace miembro de los clubes tanto del Campestre como del Comercio. La entrada directa a estos clubes le facilita al médico relacionarse con la sociedad, el conjunto de personas pudientes de Bucaramanga, con las cuales se generaron las conexiones para conseguir todo lo que se necesitaba para sus quehaceres.¹⁶⁶

¹⁶⁴ OTERO RUIZ, Efraím. Setenta años de cáncer en Colombia. Historia del Instituto Nacional de Cancerología 1934 – 1999. Editora Géminis. Santa fe de Bogotá. 1999. p. 145.

¹⁶⁵ OTERO RUIZ, Efraím. A propósito de un retrato póstumo: Francisco Espinel Salive (1929 – 1985) p. 39.

¹⁶⁶ PATIÑO R. Juan Miguel. Entrevista # 6 al Dr. Carlos Cortes Caballero. Hora de grabación 08:26:18 a.m. Grabando nombre de archivo: 150326_001. Fecha de grabación: 26 de marzo de 2015.

El seis de julio de 1966, quedo registrada la fecha para la petición de ingreso del doctor Francisco Espinel Salive al Club de Comercio de Bucaramanga. Esta solicitud fue apoyada por los socios Dr. Gerardo Grast Ch. y Jorge Ordoñez Puyana.¹⁶⁷

Su primera residencia en Bucaramanga fue en la calle 45a con 35, donde nacieron sus dos primeros hijos. Después se trasladó a la calle 50 con 28 en límites a la cancha de golf del club Unión a una casa de propiedad del Dr. Gustavo Villabona y posteriormente compraría un lote al Instituto de Crédito Territorial. Comenta Francisco Espinel (hijo del Doctor Espinel) que el Instituto ya había construido el conjunto de Conucos, y posteriormente en el año de 1967, ponen en venta varios lotes de su propiedad. Mi papá compra un lote en la calle 59 # 32 – 35, nuestra casa la construye el arquitecto Álvaro Cubides, quien posteriormente construye el bunker de la unidad de radioterapia del hospital González Valencia.¹⁶⁸

3.3.1 La poesía, la música y la pesca. Ese carácter observador y recursivo permite advertir a un galeno interesado no solo por el desarrollo de su vocación medica sino que además muestra su afán por la calidad de vida de sus pacientes, ellos distinguen en Espinel Salive un enfoque humanista alejado de cualquier pretensión lucrativa o trivial y entregada en cuerpo y alma a combatir el Cáncer. Quizás esta manera desprendida de ver la vida se puede percibir en sus pasiones más representativas, la escritura, la poesía, la música y la pesca, a las cuales también les imprimía todo su empeño. Estas le permitían ganar y mantener sus relaciones sociales intactas. Por ejemplo Carlos Cortes recuerda las reuniones en casa del Dr. Espinel o en el Club del Comercio, en las cuales este amenizaba con su guitarra, con poesías y con coplas, con las cuales lograba contagiar su alegría a los presentes.¹⁶⁹

La escritura fue una de sus grandes virtudes, esta se puede notar, observando las historias clínicas de sus pacientes, en ellas el doctor se encargaba de no perder ningún detalle, todo lo documentaba enriqueciendo sus labores y tal vez, al mismo tiempo facilitaba el trabajo de sus colegas y pacientes. En sus diferentes gestiones este estuvo comprometido con las cartas, en ocasiones escribió algunas que fueron publicadas en la prensa. En sus discursos se nota su compromiso con las personas que le rodeaban, así como su elocuencia para transmitir sus pensamientos, sentimientos y emociones.

Tal vez por sus dotes para escribir, fue llamado en 1969 a formar parte del Consejo de redacción de la primera revista médica de la región. Pradilla dice que la revista UIS-Medicina,

¹⁶⁷ GAVASSA VILLAMIZAR, Edmundo. Club del Comercio. Una historia íntima. 1942 – 1980. Pág. 125.

¹⁶⁸ PATIÑO R. Juan Miguel. Entrevista # 2 a Francisco Espinel Correal. Hora de grabación: 1:18:42. Grabando nombre de archivo: 140908_001. 8 de octubre de 2014.

¹⁶⁹ _____. Entrevista # 6 al Dr. Carlos Cortes Caballero. Hora de grabación 08:26:18 a.m. Grabando nombre de archivo: 150326_001. Fecha de grabación: 26 de marzo de 2015.

Sería el órgano de expresión de las investigaciones de esta División, de sus actividades docentes y de sus proyectos en vía de ejecución. También serviría de vínculo y comunicación entre los médicos y los profesionales de las ciencias para-médicas, no solamente de aquellos vinculados a la Universidad sino de todos los que trabajaran y ejercieran su profesión en el Hospital San Juan de Dios de Bucaramanga y en los demás hospitales del departamento.¹⁷⁰

El primer Editor de UIS-MEDICINA fue el Dr. David González, Profesor de Medicina Interna de las primeras promociones, graduado en los EE.UU. quien retornó a ese país pocos años después. El Consejo de Redacción lo conformaban el Ingeniero Neftalí Puentes, Rector, los Médicos Roberto Serpa Flórez, Carlos Cortés Caballero, Francisco Espinel Salive y la Fisioterapista Giustina Trevisi.

El académico Otero Ruiz acota que, el doctor Espinel no solo fue amante de la poesía de León de Greiff, sino que además era

De los pocos, si no el único, que en Colombia trató de captar e imitar el estilo del maestro De Greiff pero muy a su manera, en la forma como un compositor moderno puede escribir sus "variaciones sobre un tema de Mozart", tomando la melodía inicial y repitiéndola en unos cuantos compases para después dar rienda suelta a su imaginación y desplegar los acordes de su propia vivencia, de su propia emoción, de su propio sentimiento.¹⁷¹

Sin lugar a dudas la permanencia del médico con su amigo de juventud, Boris hijo del maestro De Greiff, quien viviera en la casa del lado y con el cual compartieron espacios, imprimieron en él ese gusto por la poesía y que fuera uno de sus más acérrimos admiradores.

A continuación se presenta una de las cartas enviadas al Doctor Roberto Serpa Flórez, en donde se ve el vínculo que tenía el Doctor Espinel con la familia De Greiff y en especial con Boris De Greiff.

¹⁷⁰ PRADILLA ARDILA, Gustavo. Cuatro Décadas de Excelencia. Tomado de la Revista Salud UIS- Vol. 40 N.1 de 2008. p. 1-2.

¹⁷¹ OTERO RUIZ, Efraím. A propósito de un retrato póstumo: Francisco Espinel Salive (1929 – 1985). Revista Academia Nacional de Medicina. En: www.encolombia.com/medicina. P. 37

Foto 9. Dedicatoria en la que se menciona al Doctor Espinel (página 1)

Roberto julio 31/001

Profesor Roberto: Me emocioné mucho su carta -ya di traslado a Hjalmar- que trajo a mi memoria gratos recuerdos de la infancia. En ellos siempre ha estado presente su ilustre padre a quien con frecuencia visitábamos en los ferrocarriles para consultas médicas y siempre nos recibía con cariño. Eramos entonces muy niños (yo soy del 30, Anita del 28 y Hjalmar del 32). Luego yacería Axel en junio del 38. Ahora vive en Suecia, y le enviaré el poema. No lo tiene ud. completo?

Espero darle una bonita sorpresa con este libro recién salido.

Le deseo saludar a mi querida prima y contemporánea (cuando eramos niños se llamaba Concha) Su padre Don Joaquín Bernal Nicholls es otro de los personajes inolvidables de nuestra infancia. En su finca de Guatun posábamos todos los días.
Cordial saludo

Roberto

Fuente: SERPA FLOREZ, Roberto. Cinco cancioncillas De León de Greiff. SIC. Editorial Ltda. Colombia. 2002p.8,9

Foto 10. Dedicatoria en la que se menciona al Doctor Espinel (página 2)

Se me quedaba en el tintero mi entrañable
amigo y compañero de colegio, con hicimos todo
el Bachillerato en el Nacional de San Bartolomé
(antes de que Ospino lo devolviera a los Jesuitas)
Padre Espinel era asiduo en nuestra casa estu-
diando, oyendo música clásica, charlando - Luego
que se fuera a vivir a Bucaramanga lo perdí de
vista salvo una visita ocasional.

Completamente de acuerdo con Ud., yo
También utilizo mi tiempo libre de jubilado
- con pensión gratificante naturalmente, us de congresista -
para escribir libros de agudeza - "Para me divertir",
Ahora trabajo en una autobiografía del siglo XIX
Vale

Como Hse de Greiff estará feliz de recibir algún
comentario suyo sobre el libro, esto es su

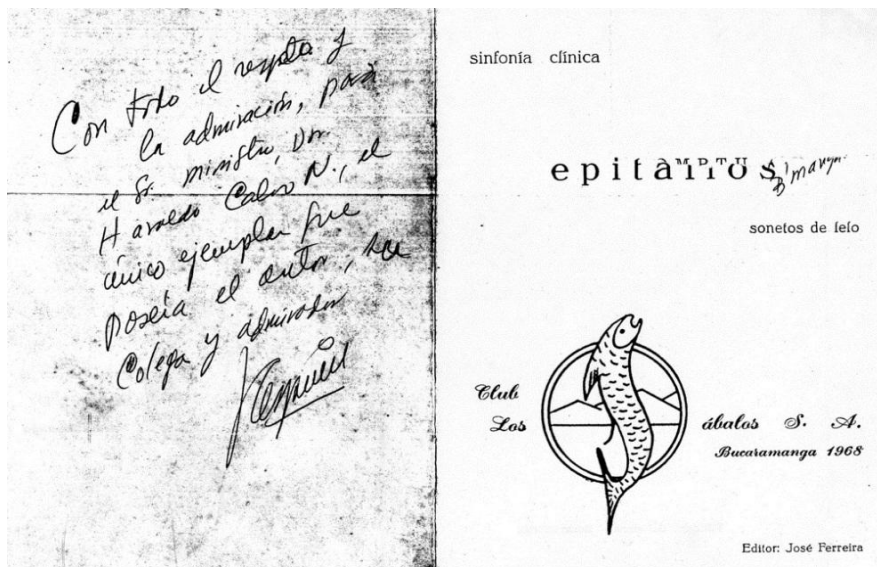
dirección: Transversal 37 N° 23A 88 Apto 103

Boyllín
(la casa en la calle 45 17-49 la alquila)

Fuente: SERPA FLOREZ, Roberto. Cinco cancioncillas De León de Greiff. SIC. Editorial Ltda. Colombia. 2002p.8,9

Entonces, además de admirar las obras del maestro León de Greiff, el Dr. Espinel también compone algunos sonetos dedicados a sus colegas y amigos del Club los Sábalo, a los cuales les expresaba sus pasiones, su jocosidad y su interpretación del universo circundante.

Foto 11. Cuadernillo "Epitafios" de la autoría del Dr. Espinel. (Hoja 1)



Fuente: ESPINEL SALIVE, Francisco. Epitafios. Sonetos de LELO. Editorial Salesiana. Bucaramanga 1968.

Foto 12. Cuadernillo "Epitafios" de la autoría del Dr. Espinel. (Hoja 2)

I M P R O M P T U

A manera de Prólogo.

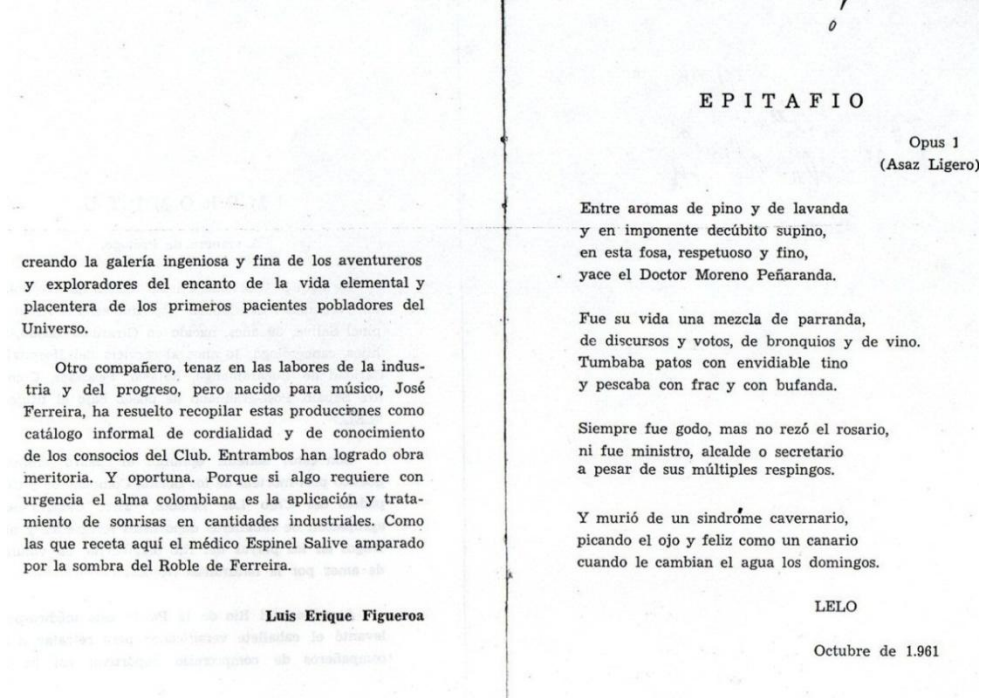
He aquí la "Sinfonía Clínica" de un médico dotado de verdaderas excelencias espirituales. Francisco Espinel Salive, 39 años, nacido en Girardot, casado, tres hijos, cancerólogo, 10 años al servicio del Hospital de Caridad de Bucaramanga, Rotario, Pescador, Compadre Sábalo, Post-graduado de poeta, bajo el título de "LELO".

Son estos sonetos epitafios el cuadro clínico y poético post-mortem de los Socios, Compañeros y Compadres del Club Los Sábalo, "Tiro, Caza, Pesca", agrupación de caballeros deportistas refugiados y naufragos en las playas del Río Magdalena, en voluntad de amor por la naturaleza tropical.

A orillas del Río de la Patria este médico-poeta levantó el caballete versificador para retratar a sus compañeros de compromiso deportivo; así ha ido

Fuente: ESPINEL SALIVE, Francisco. Epitafios. Sonetos de LELO. Editorial Salesiana. Bucaramanga 1968.

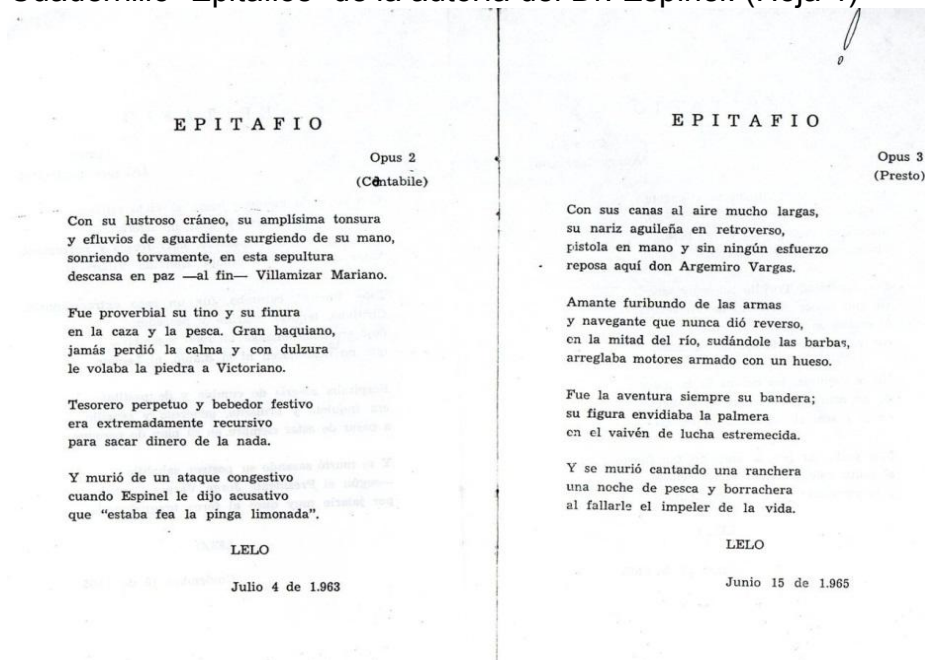
Foto 13. Cuadernillo "Epitafios" de la autoría del Dr. Espinel. (Hoja 3)



Fuente: ESPINEL SALIVE, Francisco. Epitafios. Sonetos de LELO. Editorial Salesiana. Bucaramanga 1968.

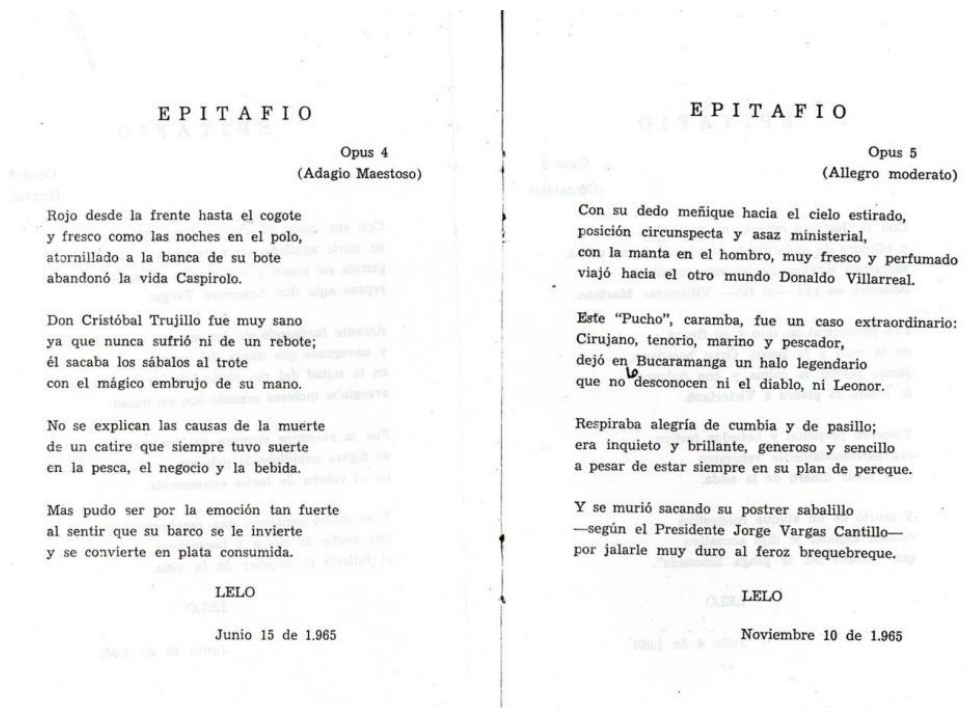
Quizás por su constante cercanía con la muerte, Francisco Espinel con sus sonetos satiriza a cada uno de ellos en su momento final, y trata de encontrar en la poesía misma, la forma de exaltar a algunos de los colegas con quienes en los ratos libres, compartió faenas de pesca y caza. En estos sonetos se describen las características y rasgos particulares de cada galeno, explora y da a conocer las vicisitudes que cada uno de los homenajeados, como por ejemplo: gustos políticos, gustos por mujeres, la música ranchera, los excesos o abstinencia del licor y en especial, la afición que cada uno de ellos profesaba por la pesca y la caza. Otra particularidad en los sonetos de Espinel, es que los mismos al finalizar anticipan la manera en que cada uno de los mencionados morirá, haciendo más jocosa la poesía, y que suponen, serán los que cada uno de sus epitafios rezara al momento de fenecer.

Foto 14. Cuadernillo "Epitafios" de la autoría del Dr. Espinel. (Hoja 4)



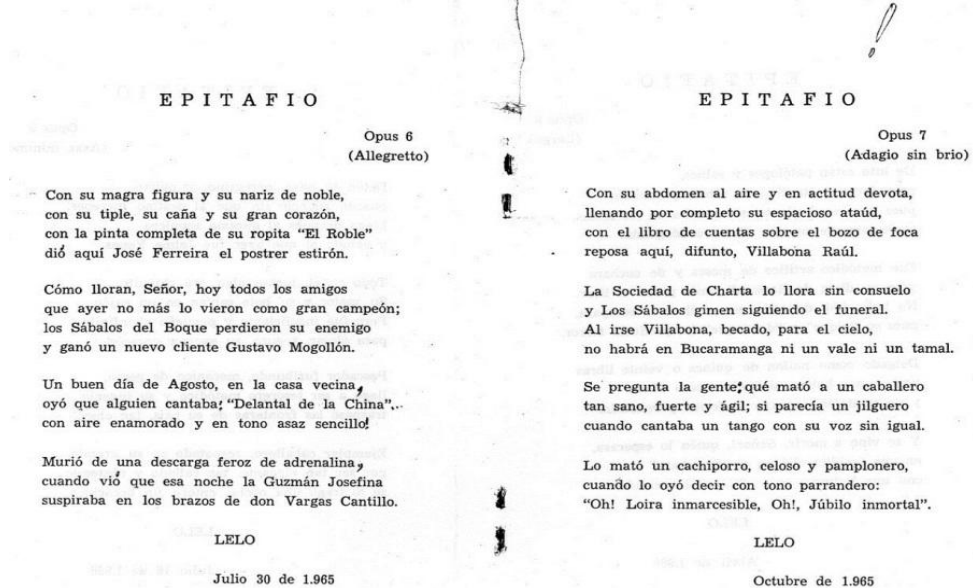
Fuente: ESPINEL SALIVE, Francisco. Epitafios. Sonetos de LELO. Editorial Salesiana. Bucaramanga 1968.

Foto 15. Cuadernillo "Epitafios" de la autoría del Dr. Espinel. (Hoja 5)



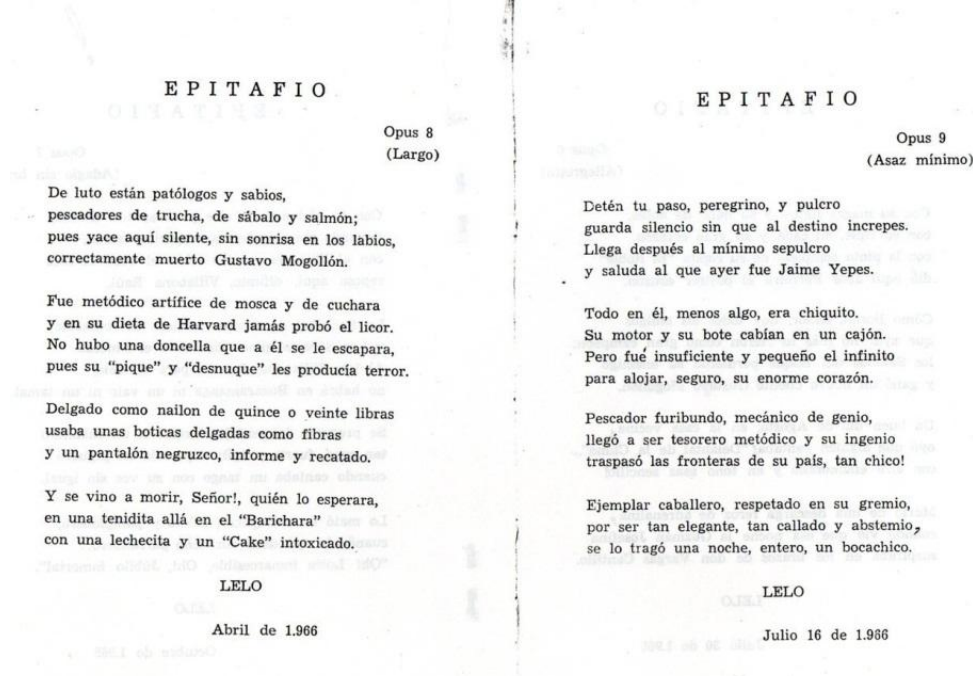
Fuente: ESPINEL SALIVE, Francisco. Epitafios. Sonetos de LELO. Editorial Salesiana. Bucaramanga 1968.

Foto 16. Cuadernillo "Epitafios" de la autoría del Dr. Espinel. (Hoja 6)



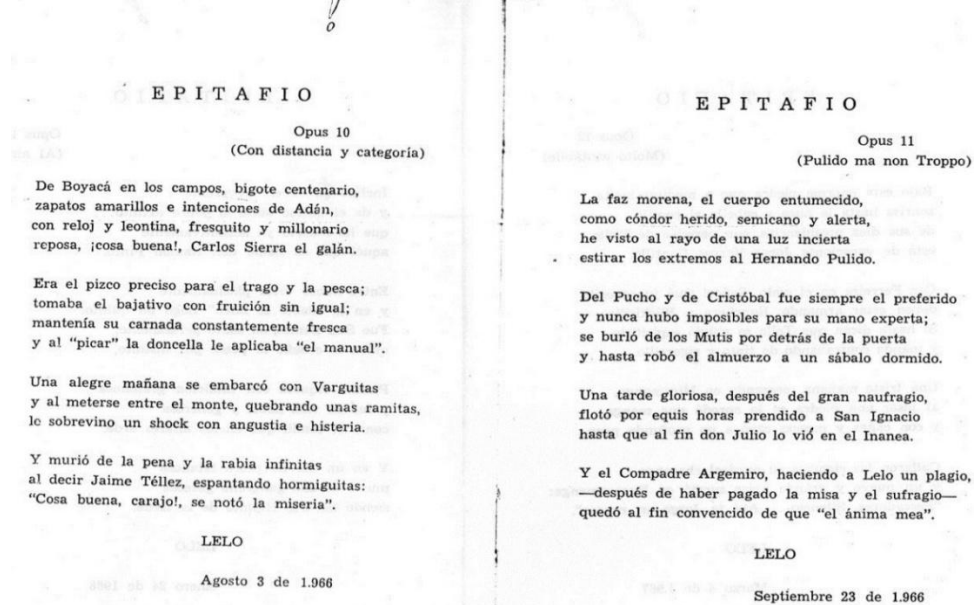
Fuente: ESPINEL SALIVE, Francisco. Epitafios. Sonetos de LELO. Editorial Salesiana. Bucaramanga 1968.

Foto 17. Cuadernillo "Epitafios" de la autoría del Dr. Espinel. (Hoja 7)



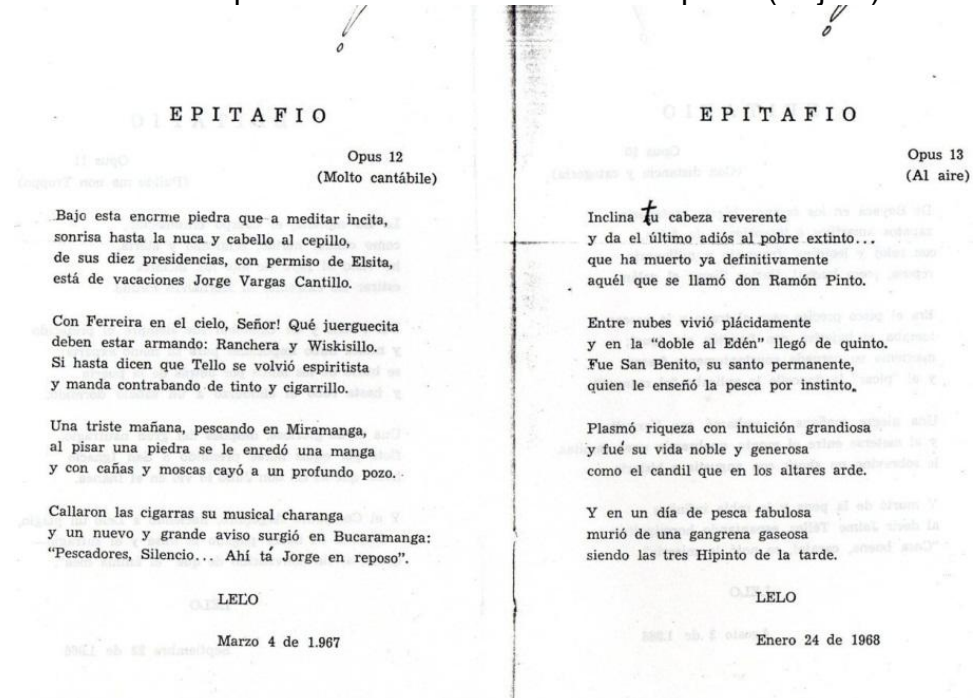
Fuente: ESPINEL SALIVE, Francisco. Epitafios. Sonetos de LELO. Editorial Salesiana. Bucaramanga 1968.

Foto 18. Cuadernillo "Epitafios" de la autoría del Dr. Espinel. (Hoja 8)



Fuente: ESPINEL SALIVE, Francisco. Epitafios. Sonetos de LELO. Editorial Salesiana. Bucaramanga 1968.

Foto 19. Cuadernillo "Epitafios" de la autoría del Dr. Espinel. (Hoja 9)



Fuente: ESPINEL SALIVE, Francisco. Epitafios. Sonetos de LELO. Editorial Salesiana. Bucaramanga 1968.

Ni el propio Espinel Salive se escapó de los poemas en los que a manera de epitafio, se esgrimieran sus cualidades e imaginaria manera de fallecer. Lo particular de este soneto es que no es escrito por él, sino por su amigo Efraím Otero Ruiz a quien el propio medico pide el favor le escriba *“un soneto que le sirviera también de "epitafio" al autor y que quería colocar al final de su colección”*.¹⁷² Efraím Otero acata su encomienda y compone el soneto, *“In Memoriam”*¹⁷³, del cual según su autor, se arrepiente algunos años más tarde, de haberlo escrito por ser este poema de trágico y ominoso presagio.

“In Memoriam”

*Bajo esta tibia losa de basalto
Que emite, de soslayo, tres fotones,
Descansa de sus muchas aflicciones
Pacho Espinel, poeta del cobalto”
Su vida fue un continuo sobresalto
Para su profesión, las radiaciones,
Pues los versos, la pesca y las canciones
Pugnaron por dejarlo en el asfalto.*

*Feneció sin lanzar un resoplido
Ni aflojar el carrete, sumergido
Por un sábalo audaz que iba de viaje.*

*Pues, bardo al fin y necio, en sus esfuerzos
No soltó ni las líneas de sus versos.
Que estas líneas le sirvan de homenaje*

Cada línea del poema transmite el perfil profesional, humano, su pasión – los versos, la pesca y las canciones - y el carácter para afrontar la adversidad por la falta de herramientas necesarias para desarrollar su trabajo. Además lo resalta con su especialidad la Cobaltoterapia, al señalarlo como el *“poeta del cobalto”*, quizás, porque Efraím Otero estaba convencido, que su amigo era un hombre que con su especialidad, al igual que un poeta, daba esperanza de vida al que la necesitaba y le ofrecía una novedosa manera de eliminar el cáncer que invadía su cuerpo y que amenazaba con arrebatarse los últimos suspiros de existencia del moribundo paciente.

La soledad y la introspección hacían que su gusto por la música lo mantuvieran interpretando la guitarra. “Posteriormente en sus épocas del club de pesca con los sábalos aprendió a tocar tiple y con sus amigos se reunían a tocar y a disfrutar de

¹⁷² OTERO RUIZ, Efraím. A propósito de un retrato póstumo: Francisco Espinel Salive (1929 – 1985) Revista Academia Nacional de Medicina. En: www.encolombia.com/medicina. p. 39.

¹⁷³ *Ibíd.*, p. 39

unas copas.”¹⁷⁴ La música fue su afición de toda la vida, de día su trabajo lo mantenía ocupado la mayor parte del tiempo y de noche interpretaba música Colombiana con la guitarra, o escuchaba música clásica en su estudio mientras trabajaba.

El Club de pesca los SábaloS contaba con dos sedes, en la ciudad estaba ubicada en la Avenida la Rosita con carrera 27, esta sede social era muy amplia pues ocupaba gran parte de la manzana. La segunda sede: “El Refugio” como llamaban al lugar donde pernotaban los días de pesca, estaba ubicado en la parte baja de la serranía de San Lucas, en medio de cultivos de coca y minería ilegal. Los problemas de inseguridad del país terminaron con el club, el refugio fue golpeado en diferentes oportunidades por los amigos de lo ajeno quienes se llevaron motores y otros elementos con los cuales practicaban este deporte. (Ver anexo 3)

3.4 EL SERVICIO DE RADIOTERAPIA. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

Desde que inicio el siglo XX, las radiaciones ionizantes son utilizadas en Colombia¹⁷⁵ con fines médicos, tanto en el diagnóstico como en el tratamiento de diferentes enfermedades, y son aceptadas en el mundo como instrumentos indispensables para proteger y mejorar la salud humana. Lo más importante de esta acción, de contratar un médico especialista en radioterapia, para conformar una unidad para tratar el cáncer, es que se da inicio en Santander a un control contra la enfermedad. El Dr. Espinel logró curar, prolongar y mejorar la calidad de vida de sus pacientes, también, fue importante, porque despertó una cultura de conocimiento de la enfermedad, ya que las diferentes localidades de Santander recibieron información acerca del cáncer la cual compartió mediante conferencias, en consulta o por trabajos científicos publicados.

Doña Leonor Correal de Espinel recuerda que La Liga Colombiana de Lucha contra el cáncer le prestó unas películas al Dr. Espinel y este se iba por los barrios haciendo promoción de la enfermedad. Unos años después el Dr. capacita a un grupo de señoras en la toma de citología vaginal y se empieza a hacer prevención de la enfermedad; así también se crea el grupo de las damas grises, al cual pertenecía Doña Leonor Correal de Espinel, ellas tomaban las muestras y les explicaban a las señoras acerca del cáncer.¹⁷⁶

Hacia el año de 1958, antes de iniciar su trabajo en el HSJDD, el Dr. Espinel había sido invitado a Bucaramanga por la Federación Odontológica de Santander en

¹⁷⁴ PATIÑO R. Juan Miguel. Entrevista # 2 a Francisco Espinel Correal. Hora de grabación: 1:18:42. Grabando nombre de archivo: 140908_001. 8 de octubre de 2014.

¹⁷⁵ OTERO RUIZ, Efraim. Setenta años de cáncer en Colombia. Menciona el Dr. Otero que no se puede precisar una fecha exacta en la que arranca el interés por la terapia con radiaciones en Colombia. p. 15.

¹⁷⁶ PATIÑO R. Juan Miguel. Entrevista # 3: Leonor Correal de Espinel. Esposa del Dr. Francisco Espinel. . Hora de grabación 05:060 p.m. Grabando nombre de archivo: 14102_001. Salive. Bogotá, 29 Octubre de 2014.

compañía de los doctores Mario Gaitán Yanguas y Alejandro Hakím en ese entonces Jefe del Instituto Nacional de Cancerología, para dictar un Curso sobre Patología Tumoral de la Boca. El Dr. Gaitán habló sobre:

Papel del Odontólogo sobre el diagnóstico oportuno del cáncer de la boca. Importancia y significado en los síntomas del cáncer bucal. Papel del Odontólogo en su tratamiento. El Dr. Espinel explicó conceptos básicos sobre tratamientos con radiaciones. Concepto de Radiación. Naturaleza del Radium y de los Rayos X. Métodos dosificados y de aplicación y sobre las reacciones biológicas y su tratamiento. El Dr. Hakím habló sobre los siguientes temas: conceptos básicos sobre tratamiento quirúrgico. Concepto sobre radicalidad y sobre paliación. Cuidados pre y post – operatorios. Operaciones complementarias y extra – bucales; vaciamientos. Indicaciones para la exodoncia.¹⁷⁷

El artículo de Vanguardia Liberal termina con estas apreciaciones. Todas estas magníficas conferencias fueron convenientemente ilustradas por medio de proyecciones con impresionantes detalles sobre cada uno de los diferentes aspectos de la enfermedad y su tratamiento.

Doña Leonor Correal recuerda que en las primeras visitas a Bucaramanga el Dr. Francisco fue al hospital y no encontró los recursos con los cuales iniciar su labor, desde ese momento inicia el esfuerzo incesante para organizar esta unidad. El Dr. Espinel tuvo que crear con sus propias manos el departamento de radioterapia, estas fueron las palabras que usó el Dr. Otero Ruiz, para dar explicación a la inexistencia de un sitio adecuado para tratar pacientes con cáncer en Bucaramanga, “porque ellas mismas intervenían desde el mismo arreglo de los tomacorrientes o las mejoras locativas hasta la toma de las biopsias y su traslado a patología; desde viajar a Bogotá a que el instituto le prestara unos cuantos tubos o agujas de Radium hasta diseñar con pasmosa habilidad y con materiales autóctonos los aplicadores que permitieran usarlos intracavitariamente.”¹⁷⁸ El Dr. Espinel tuvo que iniciar todo desde cero, los lugares donde fueron instalados los equipos para radioterapia sufrieron algunas modificaciones con las cuales contener las radiaciones, las paredes se habían revestido con plomo, la tapia pisada ya había sido reemplazada por muros de ladrillo, esta unidad difería de todo el hospital antiguo, pero todos los servicios estaban conectados con el servicio de radioterapia.¹⁷⁹

¹⁷⁷ VANGUARDIA LIBERAL. El certamen científico sobre el cáncer constituyó un éxito. Bucaramanga, Viernes agosto 31 de 1958. p. 1.

¹⁷⁸ OTERO RUIZ, Efraím. A propósito de un retrato póstumo: Francisco Espinel Salive (1929 – 1985) p. 39.

¹⁷⁹ PATIÑO R. Juan Miguel. Entrevista # 2 a Francisco Espinel Correal. Hora de grabación: 1:18:42. Grabando nombre de archivo: 140908_001. 8 de octubre de 2014.

Para la época afirma el Dr. Cortes, no existía la especialidad en el Hospital San Juan de Dios, todo lo relacionado con cancerología estaba centralizado en Bogotá, “las patologías eran enviadas a Medellín, en Medellín hacían los diagnósticos y de ahí a los pacientes con resultados positivos, tenían que ser remitidos a Bogotá.”¹⁸⁰ Cuando el doctor Espinel llega a Bucaramanga la prevalencia del cáncer era alta, él trabajaba con el hospital medio tiempo y el otro medio tiempo lo dedicaba a su consultorio privado. También manifiesta que el Dr. Espinel logra que el Dr. Cesar Arango medico radioterapeuta, quien trabajaba en Manizales le vendiera el radium al hospital para hacer en Bucaramanga los primeros tratamientos de radioterapia intracavitaria:

“Francisco trajo en una cajita de plomo el Radium desde Manizales y empezó los tratamientos. En ese entonces el hospital ya había pedido unos equipos para hacer radioterapia superficial y profunda con los cuales el Dr. organiza y funda la unidad. Así, Francisco logra crear el departamento de radioterapia y cáncer, y el Dr. Mogollón crea mientras tanto el departamento de patología.”¹⁸¹

El día 16 de febrero de 1967, El Dr. Espinel pone de manifiesto a la Junta de la Liga la necesidad de dirigir una carta al Dr. Mario Gaitán Yanguas, por entonces director del Instituto Nacional de Cancerología, con el fin de activar las diligencias respectivas a la consecución del Radium para Bucaramanga. La misma junta comisiona al Doctor Espinel, para elaborar el proyecto de la carta correspondiente.¹⁸² El 3 de octubre de 1967, el Dr. Espinel informa a la Liga sobre la negociación del Radium y la falta que hace en el Hospital San Juan de Dios, “un sitio adecuado para dejar las enfermas que van a ser irradiadas; pide a la Junta del Hospital, y al director dotar una pieza o salón en el Hospital con unas 5 o 6 camas, para las enfermas que debían ser tratadas, así como la condiciones en que la Liga entregaría el Radium al Hospital.”¹⁸³

Al mismo tiempo, dice el Dr. Espinel que es importante acordar con la Junta Municipal de Beneficencia, el modus operandi del servicio de Radium, el cual figurara como propiedad de la Liga Santandereana de Lucha contra el cáncer, pero estará almacenado en el Servicio de Radioterapia del Hospital San Juan de Dios y será suministrado gratuitamente por la Liga para los tratamientos de los pacientes hospitalarios del servicio de caridad, pero que para los pacientes privados será cobrado un derecho especial por el uso de los tubos de Radium, derecho o valor que deberá ser entregado a la Liga, ya que

¹⁸⁰ PATIÑO R. Juan Miguel. Entrevista # 6 al Dr. Carlos Cortes Caballero. Hora de grabación 08:26:18 a.m. Grabando nombre de archivo: 150326_001. Fecha de grabación: 26 de marzo de 2015.

¹⁸¹ *Ibíd.*

¹⁸² LIGA SANTANDEREANA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER: Acta Numero 11. 16 de febrero de 1967. Folios 16-17.

¹⁸³ *Ibíd.*, Acta Numero 17. 3 de octubre de 1967. Folio 25.

esta entidad tendrá que hacer una inversión considerable al pagar a la Beneficencia de Manizales el valor del re-envase del Radium, pagado por la mencionada Beneficencia de Caldas.¹⁸⁴

Después de varias negociaciones y de llegar a un acuerdo el Dr. Espinel viajó con el tesorero Carlos Arturo Gómez a Manizales, allí los recibieron los miembros de la Junta de Beneficencia, “con la cual llevaron a cabo la negociación de 150 mg, de Radium para el Hospital de Bucaramanga, con un costo para la Liga de \$30.785.63.”¹⁸⁵ A continuación el señor presidente encargado don Jorge Vargas, pidió dar una calurosa felicitación a don Carlos Arturo Gómez Mejía, y al Dr. Francisco Espinel Salive por su brillante éxito en la negociación y traslado del Radium de Manizales a Bucaramanga. Se aprobó mandar cartas de agradecimiento a la Junta de Beneficencia de Manizales, a ALTEC de Bucaramanga, a los representantes de la Siemens quienes colaboraron en una gran forma en el envase y el traslado del Radium. En Bogotá y Manizales, al Dr. Cesar Arango, al Dr. Mario Gaitán Yanguas y a la Gerencia de Avianca en Bucaramanga. Así mismo fue comisionado el Dr. Francisco Espinel Salive para que estudiara y aprobara los precios, y las tarifas, así como el sistema de cobro por el servicio de Radium.

Para utilizar ese radio nunca existió protección, los procedimientos se hacían muy rápido en cuartos especiales o aislados, existía un delantal de plomo pero por lo pesado dificultaba mucho las labores por lo cual no se usaba ningún tipo de protección. Este tipo de radioterapia intracavitaria fue una práctica común del Dr. Espinel, al punto que siempre fue buscando elementos con los cuales hacer una práctica con mejor índice terapéutico, buscando que surtiera un mejor efecto terapéutico sobre sus pacientes, examinando siempre que la dosis que recibiera el tejido sano circundante fuera mínima. El Dr. Otero Ruiz recordó en esta forma los detalles de lo que fueron los varios años de su elaboración:

Se trataba de reemplazar con materiales colombianos y fácilmente accesibles los costosos aplicadores intracavitarios, generalmente importados y a veces de difícil consecución. Había que verlo, con su asiduidad de siempre, ensayando diversas barras de lucita, de polietileno, de otros plásticos, incluso de las barras cilíndricas transparentes de ciertos toalleros que en un momento se demostraron como el mejor material; y una vez montados los tubos de Radium y aplicados en modelos experimentales, determinar la distribución de las dosis siguiendo los modelos de Manchester y de Kaplan.¹⁸⁶

¹⁸⁴ LIGA SANTANDEREANA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER: Acta Numero 11. 16 de febrero de 1967. Folios 16-17.

¹⁸⁵ *Ibíd.*, Folio 28.

¹⁸⁶ OTERO RUIZ, Efraím. A propósito de un retrato póstumo: Francisco Espinel Salive (1929 – 1985 p. 40.

Su esfuerzo fue consignado en un texto llamado Presentación de un modelo original de aplicadores para la curieterapia intracavitaria por carcinoma del cérvix uterino. Este escrito deja ver el conocimiento que el Dr. Espinel tenía de los planes y las dosis que debían ser administradas a los pacientes y sus patologías.

Con este fue recibido en forma solemne como miembro correspondiente de la Academia Nacional de Medicina Capítulo Bucaramanga (Santander). El día 30 de mayo de 1969, el doctor Espinel recibe de parte de las Fuerzas Armadas la Orden del Mérito Sanitario José Fernández Madrid. En reconocimiento a sus servicios prestados a los militares y a sus familias. También recibiría de parte de la Gobernación de Santander una medalla por sus labores hacia la comunidad. (Ver anexos. 2, 3, 4 y 5)

Foto 20. Acto de imposición de la medalla Orden del Mérito Sanitario José Fernández Madrid, 30 de mayo de 1969.



Fuente: Archivo Familia Espinel Correal.

Estas prácticas médicas refuerzan lo analizado por Guy Peters de lo que es el enfoque normativo de la institución. Peters asevera que “si una institución logra influir sobre la conducta de sus miembros, estos reflexionaran más sobre si un acto se ciñe a las normas de la organización que sobre cuáles serán las

consecuencias para ellos.”¹⁸⁷ Por ejemplo la radiación a la que se exponía el Dr. Espinel mientras realizaba a sus pacientes la aplicación de tratamientos de radioterapia intracavitaria. Este radioterapeuta, voluntariamente se sometía a radiación porque ese era el rol que había aceptado como una función de su elección ocupacional y de entrenamiento.

Según un estudio realizado por el Instituto Nacional de Cancerología y el Ministerio de la Protección Social titulado, Evaluación de los servicios de radioterapia en Colombia, este revelaba, calidad en radioterapia, decía:

La radioterapia es una especialidad clínica multidisciplinaria en la que intervienen varios especialistas y en la que se usan equipos y procedimientos cada vez más complejos. Desde la decisión clínica inicial hasta la finalización del tratamiento y el seguimiento posterior del paciente se realizan múltiples acciones independientes pero concatenadas, lo que hace que el resultado este fuertemente determinado por el punto más débil de la cadena. Esto implica, por tanto, que el establecimiento de acciones de calidad sea vital en todos los niveles del proceso radioterápico para asegurar un tratamiento seguro y lo más efectivo posible.¹⁸⁸

Tradicionalmente los procedimientos de calidad se han enfocado, en los servicios de radioterapia, en los aspectos técnicos que tienen que ver con el equipo, la dosimetría y la administración de la radiación.¹⁸⁹ Al preguntarle por la profesión del Dr. Francisco Espinel y su desempeño como radioterapeuta, comenta el Dr. Carlos Cortes:

Pacho era muy meticuloso e interesado en sus actividades, él iba a patología en el Hospital San Juan de Dios y el hacía procedimientos con agujas finas desde 1960, para descubrir tumores. Ahora las nuevas generaciones no lo consideran a él como oncólogo, porque en esa época para tratar el cáncer se usaba la radioterapia, no había más, pero que más oncólogo si el ayudaba en los diagnósticos, hacia los procedimientos y además usaba la terapéutica que era posible en esos momentos, incluso hasta alcanzo a formular quimioterapia.¹⁹⁰

Ratificando lo dicho por el Dr. Cortes y lo que se puede observar en las historias clínicas, se encuentra una planificación minuciosa y un compromiso total en lo que

¹⁸⁷ GUY PETERS, Brainard. El nuevo institucionalismo. La teoría institucional en ciencias políticas. Editorial Gedisa. Traducción Verónica Tirota. Primera edición, Barcelona. 2003. p. 51.

¹⁸⁸ PLAZAS, María Cristina. et al: *Evaluación de los servicios de radioterapia en Colombia*. Imprenta. Escala Ltda. Instituto Nacional de Cancerología. Bogotá. 2005. p. 39 – 40.

¹⁸⁹ *Ibid.*, 39 – 40.

¹⁹⁰ PATIÑO R. Juan Miguel. Entrevista # 6 al Dr. Carlos Cortes Caballero. Hora de grabación 08:26:18 a.m. Grabando nombre de archivo: 150326_001. Fecha de grabación: 26 de marzo de 2015.

este hizo. En el mes de agosto de 1958, el Dr. Francisco Espinel Salive inicio a prestar sus servicios de Radioterapia con la dotación inicial dada por el departamento y la cual estaba constituida por:

- a) Un equipo de Roentgenterapia Profunda de 250 kilovoltios.
- b) Un equipo de Roentgenterapia Superficial de 100 kilovoltios.
- c) Una dotación suficiente de Cobalto – 60, distribuido en tubos y agujas, para tratamientos de Curieterapia Superficial, Intersticial e Intracavitaria.

En la unidad de radioterapia y cáncer del hospital San Juan de Dios fueron organizadas un total de 5.038, historias clínicas de pacientes atendidos entre 1958 y 1979. Lo que quiere decir que se atendieron en el servicio 5.038 pacientes con diferentes tipos de cáncer. Entre los más comunes se encontraron: los carcinomas de cérvix, de seno, y de piel. Se puede observar que se le proporciono tratamiento eficaz a un gran número de enfermos de cáncer, que anterior a la unidad tenían cerradas todas sus posibilidades de curación o alivio. Igualmente, el campo de cobertura de la Unidad se extendió desde Bucaramanga a todo el departamento y a departamentos aledaños. Fueron tantos los casos atendidos en esta unidad que en algunos momentos el recargo de los equipos no permitía iniciar nuevos tratamientos, y cuando había tardanza en la reparación o mantenimiento de los equipos el Dr. Espinel ofrecía la siguiente alternativa: "Como persiste el daño de los equipos, vendrá dentro de 20 días para practicar tratamiento gratuito en el consultorio particular."¹⁹¹ Demostrando la dedicación y la forma desinteresada de aliviar a sus pacientes sin pedir nada a cambio.

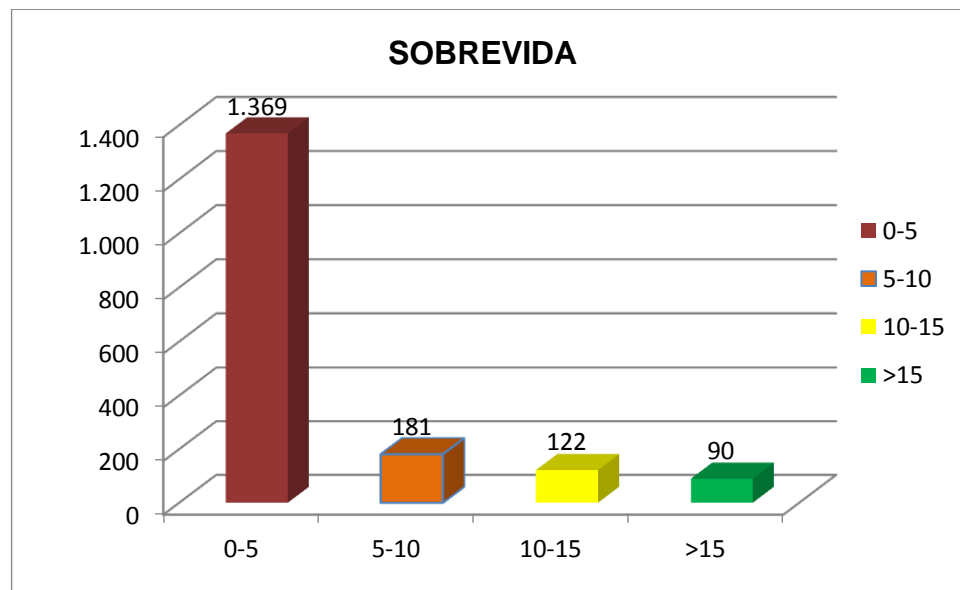
Se aprecia que los tratamientos con radioterapia producían efectos secundarios severos, la mayoría de tratamientos con radioterapia superficial producía zonas de intensa dermatitis en las partes irradiadas, para las cuales se indicaban curaciones y vigilancia médica. Los tratamientos con Rayos X profundos, producían fiebre, intensa diarrea líquida, vomito intenso, dolor abdominal y rectitis (dolor y pequeñas manchas de sangre en la deposición). También en algunos pacientes les ocasionaba infecciones urinarias, haciendo que el estado general de los pacientes se tornara muy delicado.

La radioterapia no se constituía como único tratamiento, también se practicaba la resección de los carcinomas de piel por medio de la electrocoagulación; estos procedimientos los practicaba un cirujano plástico. Mientras eran atendidos en interconsultas por cirujanos, los pacientes eran hospitalizados en el pabellón Jácome Valderrama, que era un albergue para pacientes con diagnóstico de cáncer, procedentes de zonas distantes de Bucaramanga, y de muy bajos recursos. Las cirugías en algunos casos eran suficientes como tratamiento para algunos tipos de cáncer, por ejemplo para el carcinoma temprano de cérvix, la

¹⁹¹ ARCHIVO UNIDAD DE ONCOLOGIA Y RADIOTERAPIA HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMON GONZALEZ VALENCIA. Historia Clínica 14XX. 13 de mayo de 1965. Folio 3.

histerectomía radical, era muy efectiva como tratamiento primario. Pero casi siempre la radioterapia se hacía como tratamiento complementario de la cirugía. El éxito de esta unidad puede medirse en el tiempo de sobrevida de sus pacientes y en la superación total de la enfermedad, ya que fueron muchos los pacientes que estuvieron en control por más de diez, quince o veinte años y nunca tuvieron una recaída tumoral.

Grafico 1. Sobrevida (1762 historia clínicas, de pacientes que fueron atendidos entre los años 1961 y 1985)



Todos los pacientes atendidos tanto en el HSJD como en el HURGV tienen una historia clínica. Para observar la sobrevida de los pacientes que recibieron tratamiento en la unidad fueron escogidas al azar 1762 historia clínicas, de pacientes que fueron atendidos entre los años 1961 y 1985, de los cuales la unidad aún mantiene sus registros. Hay que hacer la aclaración de que las historias del HSJD no están completas, pues no se siguieron los criterios archivísticos de conservación por lo cual solo se mantuvieron las historias clínicas de pacientes que continuaron bajo observación de la unidad.

Así mismo hay que aclarar que una estadística de pacientes o de la enfermedad serían nuevas propuestas de trabajo de grado por las dificultades que se presentan, ya que los pacientes de la Unidad de Oncología se pierden, nunca vuelven a tratamiento o seguimiento; casi nunca quedo consignado la fecha de fallecimientos; porque nunca se llevó un registro desde que iniciaba el tratamiento o diagnóstico; o simplemente por el cambio de pacientes entre las diferentes EPS.

3.5 PRIMEROS TRATAMIENTOS CON RADIOTERAPIA

El inicio de la Radioterapia en Santander, puede ser visto, como el esfuerzo de los médicos y los entes gubernamentales por alcanzar el nivel tecnológico mundial en la lucha contra una enfermedad que avanzó y avanza a grandes pasos en nuestra sociedad. En este informe se expondrán algunos de los avances quirúrgicos y tecnológicos con los cuales se hicieron los primeros tratamientos en la Unidad de Radioterapia del Hospital San Juan de Dios. Estos tratamientos no diferían de los que podían ser aplicados en cualquier localidad colombiana y fueron incluidos en este hospital de Bucaramanga para garantizar la sobrevivencia de los pacientes con cáncer en esta región y sus zonas de influencia. También se expondrán los efectos adversos observados en las casi dos décadas que cubren estas historias clínicas.

El proceso y como se realizaban estos tratamientos se hace evidente en las diferentes historias clínicas, en ellas se observa como el trabajo del médico parte del diagnóstico mediante la obtención de una biopsia y su correspondiente resultado histopatológico, además la realización de diferentes estudios radiológicos y exámenes de química sanguínea para clasificar el estado de extensión de la enfermedad, con los cuales se inicia el plan terapéutico con radioterapia, y la utilización de los diferentes equipos y de técnicas complementarias (cirugía, seguimiento del paciente).

La primera historia clínica observada data del año 1961, después de un riguroso examen médico y con el diagnóstico dado por una anatomía patológica - como se le llamaba en ese entonces al examen completo de las células comprometidas – a este paciente le detectaron varios Carcinomas Basocelulares en piel de la región de la cara y de los hombros. Este tipo de carcinoma, por estar disperso en la cara y en el hombro, le implico al doctor Espinel y a sus colegas utilizar los diferentes tratamientos existentes en la época para lograr la curación.

El proceso inició con uno de los carcinomas de la cara, para ello utilizaron el equipo de Roentgenterapia, cuyo tratamiento era conocido como **Rayos X Superficiales** con el cual lograron una buena respuesta. Unos días después recurrieron a la cirugía como alternativa para otro carcinoma que no se podía irradiar, y con anestesia local se practicó la extirpación del carcinoma del hombro derecho. Después de completada la dosis de Rayos X presupuesta, sería extirpado con **electrocoagulación** otro de los carcinomas de la cara. Así en el transcurso de quince días el paciente estaba terminando el tratamiento con **Rayos X profundos** (Stabilipan de 300 Kv. Pendular) **y superficiales**, “dejándolo limpio de cualquier enfermedad tumoral”.¹⁹²

¹⁹² ARCHIVO UNIDAD DE ONCOLOGIA Y RADIOTERAPIA HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMON GONZALEZ VALENCIA. HISTORIA CLÍNICA # 0976. Folio 2

Pero al parecer por negligencia del paciente, no asiste a los controles planeados. Reaparece nuevamente en Junio 1 de 1973, “se presenta con múltiples carcinomas de la piel; en región pectoral, en horquilla esternal, región frontal media, región ángulo maxilar izquierda, región cigomática y preauricular izquierda”.¹⁹³ El informe de tratamiento en la historia clínica por parte del Doctor Espinel denuncia que después de doce años “El hospital San Juan de Dios carece de equipos de Radioterapia por lo cual deberá emplearse la cirugía para el tratamiento de los carcinomas 1 a 5. El número 6 solamente podrá ser tratado con radioterapia”.¹⁹⁴ Es decir este paciente debía ser remitido a Bogotá para ser tratado con el equipo de Cobaltoterapia que para la fecha ya estaba en funcionamiento en el Instituto Nacional de Cancerología.

En la historia clínica número 17XX, se halló una paciente de 34 años de edad, natural y residente de Bucaramanga, cuyo diagnóstico fue un Cistocarcinoma del ovario izquierdo. El tratamiento practicado en Octubre de 1963, inicio con cirugía, siendo sometida la paciente a una histerectomía total, y después fue enviada a interconsulta con Radioterapia para la posibilidad de tratamiento complementario. En Septiembre 4 de 1963, iniciaron el tratamiento de radioterapia con Rayos X profundos, los cuales ocasionaron en la paciente algunos efectos adversos, pero esto no impidió que el tratamiento terminara con éxito tres meses después, demostrando mediante examen ginecológico que la paciente no presentaba ninguna evidencia de evolución tumoral.

Después de diez años, el 31 Julio de 1973, se practica a la paciente una Laringoscopia indirecta en la cual se aprecia en “cuerda bucal derecha zona de aspecto necrótico de 8 mm, muy sospechosa de proceso tumoral maligno. Se envía al especialista para Laringoscopia directa y biopsia”.¹⁹⁵ Quince días después el resultado de la biopsia muestra un carcinoma epidermoide bien diferenciado de la laringe. La decisión del doctor Espinel es que “este caso debe ser remitido a Bogotá, al Instituto Nacional de Cancerología, para tratar con Co-60 (Teleterapia)”.¹⁹⁶

La carta de remisión por parte del doctor Espinel al Instituto Nacional de Cancerología (INC), sugiere que en vista de las características del caso la paciente sea tratada de urgencia con tele – cobalto. “A doña Victoria la tratamos en el Hospital hace 10 años, de un carcinoma Ovárico y se encuentra en perfectas condiciones. Vale, pues, la pena, salvarla nuevamente”.¹⁹⁷ En carta de respuesta en el INC, la paciente recibe el tratamiento con Cobalto, y es remitida nuevamente al doctor Espinel para el seguimiento de la recuperación. Es atendida por última

¹⁹³ ARCHIVO UNIDAD DE ONCOLOGIA Y RADIOTERAPIA HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMON GONZALEZ VALENCIA. HISTORIA CLÍNICA # 0976. Folio 6.

¹⁹⁴ *Ibíd.* Folio 6.

¹⁹⁵ *Ibíd.* Historia Clínica # 1743. Folio 2

¹⁹⁶ *Ibíd.*, Folio 2.

¹⁹⁷ *Ibíd.*, Historia Clínica # 0976. Folio 4.

vez a los 73 años, en septiembre 20 de 2001 en el HURGV, al examen médico, no le encuentran evidencia de evolución tumoral pélvica; “después de una Laringoscopia Indirecta: no hay evidencia de tumor en la laringe. No hay alteraciones de la voz. No hay adenopatías. Ninguna secuela de la piel”.¹⁹⁸

Las historias clínicas número 38XX y 39XX, corresponden a dos pacientes mujeres de 49 y 35 años, cuyos diagnósticos hacia el año de 1972, fueron Carcinoma de Cérvix estadio II B, y Carcinoma epidermoide de Cérvix grado II respectivamente. La conducta a seguir por parte del doctor Espinel en cuanto al plan de tratamiento con Radioterapia fue primero hacer uso de la Roentgenterapia con Rayos X transcutáneos (profundos), seguido del tratamiento con Radium intrauterino como terapia complementaria.

Después de terminado el tratamiento con Rayos X profundos, la primera paciente presentó signos de malestar pos Radioterapia, la otra no tuvo ninguna reacción cutánea, e hizo buena tolerancia a la radioterapia, pero al examen médico en ambas se había logrado la “eliminación de la mayor parte del tumor del cérvix”.¹⁹⁹ Al no ser este un tratamiento definitivo, se hospitalizaron y se les hizo plan primero para Radium intrauterino haciendo uso de una sonda y después de terminado este, se les hizo tratamiento con Radium intravaginal, para este método de radioterapia se hacía uso de un Colpóstato.

Terminado ya el tratamiento con Radium en ambas pacientes se presentaron efectos adversos a esta técnica, y aunque el estado general en ambas fue satisfactorio, ya que no les encontraron evidencia de recaída en la vagina, la primera se quejó de dolor en cadera de diarrea y dolor abdominal difuso, continuó en tratamiento de control hasta 1998, momento en que le dieron de alta de la Unidad. La segunda paciente fue recuperándose satisfactoriamente y aunque no tuvo signos de recaída de la enfermedad, al examen vaginal “su cúpula presentaba un aspecto de epitelitis con membranas purulentas”²⁰⁰, que llevo a los médicos a cuestionarse sobre una posible recaída, practicaron pincelación con violeta de genciana durante dos años hasta alcanzar un buen estado general, ahora denominado buen estado funcional, es decir que mantiene una buena calidad de vida.

La historia clínica # 17XX, de agosto 13 de 1973: se realiza biopsia con la cual diagnostican un Carcinoma epidermoide bien diferenciado de la laringe. El Dr. Espinel al no tener recursos para tratar este tipo de cáncer, siempre opto por la misma alternativa: “El caso debe ser remitido a Bogotá, al Instituto Nacional de

¹⁹⁸ ARCHIVO UNIDAD DE ONCOLOGIA Y RADIOTERAPIA HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMON GONZALEZ VALENCIA. HISTORIA CLÍNICA # 0976. Folio 7.

¹⁹⁹ *Ibíd.* Folio 2.

²⁰⁰ *Ibíd.* Historia Clínica # 3929. Folio 5

Cancerología, para tratar con Co-60 (Teleterapia).²⁰¹ Se transcribe la carta al pie de letra para que el lector pueda sacar sus propias conclusiones en cuanto a remisiones y a la respetuosa relación entre colegas.

CARTA DE REMISION.

Señor Doctor Bucaramanga, Agosto 14 de 1973.

Consulta externa
Instituto Nacional de Cancerología
Bogotá.

Estimado Colega:

Nos permitimos remitir a la paciente VICTORIA ANGARITA DE TORRES, actualmente de 45 años, quien requiere urgentemente tratamiento de Radioterapia, con Tele - cobalto, para CARCINOMA DE LARINGE, confirmado mediante examen histopatológico practicado en este Hospital y cuyo resultado adjuntamos.

En el mes de octubre de 1963, fue operada por ADENOCARCINOMA QUISTICO SEUDO PAPILAR DE OVARIO DERECHO, con perforación e implantación tumoral de su capsula. Se practicó Roentgenterapia post- operatoria entre el 4 de nov y el 29 de nov de 1963. (240 Kilovoltios, CHR 2 mm de cobre, dosis: 2.500 r en el centro de la pelvis).

En vista de las características del caso nos permitimos recomendarla en forma muy especial y agradecer por adelantado la ayuda que pueda prestarle.

Atentamente: **Francisco Espinel Salive.**

BENEFICENCIA MUNICIPAL
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS.

Señor Doctor
ARRY CONSTANTIN J.
Depto. de Radioterapia
Instituto Nacional de Cancerología
Bogotá.

Mi querido Arry: En esta oportunidad y con mis excusas por adelantado, te voy a recomendar en forma muy especial el caso de la paciente VICTORIA ANGARITA DE TORRES, quien necesita tratamiento para un Carcinoma de la laringe, bastante incipiente.

En el año de 1974, la Liga Santandereana de Lucha Contra el Cáncer realiza un informe titulado Unidad de Cobalto y servicio de radioterapia para el Oriente de

²⁰¹ ARCHIVO UNIDAD DE ONCOLOGIA Y RADIOTERAPIA HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMON GONZALEZ VALENCIA. Historia clínica # 17xx. Octubre 29 de 1963. Folio 7.

Colombia. El fin de dicho informe fue buscar que se construyera una nueva unidad para el servicio de radioterapia en el hospital Ramón González Valencia, que incluyera una moderna unidad de Telecobaltoterapia. Entre los antecedentes mencionados en el proyecto, se hace un señalamiento del deterioro de los equipos y del material que poseía el hospital San Juan de Dios y de manera específica la unidad de radioterapia. El informe indicaba lo siguiente: “Cuando en el año de 1968 la actividad de los tubos y agujas de Cobalto descendió a niveles no utilizables, La Liga Santandereana Contra el Cáncer adquirió 150 miligramos de Radium, en tubos y agujas, que puso al servicio en el Hospital San Juan de Dios.”²⁰² Igualmente indicaba que hacia 1970, el equipo de Roentgenterapia Superficial había sufrido daños irreparables, y en 1972 el equipo de Roentgenterapia Profunda había quedado fuera de servicio, después de 14 años de uso permanente por lo cual esta unidad carecía de esta indispensable modalidad de Radioterapia. Y no fue sino hasta septiembre de 1974 que se instaló un nuevo equipo de Roentgenterapia Superficial adquirido por la Liga Santandereana de Lucha Contra el Cáncer.²⁰³ También para esta fecha se estaría gestionando la adquisición de un nuevo equipo de Roentgenterapia profunda, por parte del Hospital San Juan de Dios y del Hospital Ramón González Valencia (HRGV) y de la Asociación Voluntaria para el Alivio del cáncer (AVAC). Esta última se encargaría de cancelar la deuda pendiente, y de esta forma se consiguió el traslado y la instalación del equipo en el Hospital Ramón González Valencia.

Con el traslado de la totalidad de los equipos del Hospital San Juan de Dios al nuevo Hospital Universitario Ramón González Valencia, termina la primera etapa de esta institución. El número de tratamientos a pacientes nuevos correspondientes a la incidencia anual de esta enfermedad, se veía limitado en sus procedimientos por la carencia de nueva tecnología. Asimismo, se necesitaba un lugar más amplio donde instalar nuevas tecnologías, como la unidad de Telecobaltoterapia, Cobalto – 60 o Bomba de Cobalto que ya existía en el Instituto de Bogotá desde 1961. Esta nueva unidad de oncología para el Hospital Ramón González Valencia, fue considerada desde su origen como único recurso para poder tratar pacientes en su mayoría de muy bajos ingresos y de zonas campesinas que no tenían la capacidad económica para trasladarse a otras ciudades que si contaban con servicios completos de Radioterapia.²⁰⁴

3.6 MODELO ORIGINAL DE APLICADORES PARA LA CURIETERAPIA INTRACAVITARIA POR CARCINOMA DEL CÉRVIX UTERINO

Desde 1958 Bucaramanga y el Oriente colombiano contaron con los servicios de un médico especialista en materia oncológica. Esta unidad de radioterapia y cáncer inicia sus labores recibiendo gran cantidad de enfermos, siendo el cáncer

²⁰² LIGA SANTANDEREANA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER: Unidad de Cobalto y Servicio de Radioterapia para el Oriente de Colombia. Bucaramanga, Septiembre de 1974. Folio 5.

²⁰³ *Ibíd.*, Folios 5 -6.

²⁰⁴ *Ibíd.*, Folio 9.

de cuello uterino uno de los neoplasmas malignos de mayor incidencia en el territorio. Pero no solo su incidencia era importante, la mayoría de enfermos llegaban a la consulta inicial en estados clínicos tan avanzados que otro tipo de terapia quedaba excluida. Por lo tanto la Curieterapia intracavitaria se constituyó en un procedimiento médico de práctica rutinaria, para la cual durante los primeros años fueron usadas fuentes de Cobalto-60, después de 1967 inicia el uso del Radium.

Exponía el Dr. Espinel en su texto que, en la Radiumterapia del carcinoma del cérvix uterino:

La expresión de la dosis en roentgens está asociada con tal número de complejos factores, que la única solución consiste en desarrollar un sistema especial de dosificación para este tipo de tratamiento. Las dificultades eran principalmente el resultado de la gran variación en el tamaño, forma y tipo de las partes y tumores que van a ser tratados, lo cual hace necesario el desarrollo de aplicadores especiales para el radium.²⁰⁵

Así mismo comentaba el doctor que "para la etapa de la radiación intracavitaria en el tratamiento del cáncer de cérvix empleamos durante largo tiempo los aplicadores del Instituto Curie de Paris, sondas intrauterinas y Colpóstato de Regaud."²⁰⁶ Pero al agotarse su existencia, el médico se dio a la tarea de diseñar un modelo original de aplicadores que combinara las ventajas de funcionalidad técnica con las de la economía y sencillez de su fabricación, pues las limitaciones del hospital González Valencia, "excluían la posibilidad de empleo de las sofisticadas y costosas técnicas de carga diferida del tipo de las de Fletcher y, mucho más aún, las de carga diferida con alta intensidad."²⁰⁷

Los procedimientos o técnicas que fueron empleadas en este tratamiento, explicaba el galeno eran identificadas con el nombre de los centros o instituciones que los habían desarrollado: "La técnica de Curie (Instituto Curie de Paris) desarrollada por Regaud y sus sucesores; La técnica de Estocolmo, desarrollada en el Radiumhemmet por Forsell, Heyman, Kottmeier y asociados y, por último, La Técnica de Manchester, desarrollada en el Holt Institute de Manchester por Tod y Paterson."²⁰⁸ Este conocimiento de las técnicas tenían un propósito común, el Dr. espinel explicaba que el éxito de estos procedimientos era lograr ubicar las fuentes de manera que las dosis administradas fueran efectivas al tumor primario, al espacio paracervical y al parametrio. Ya que entre ellas había diferencias en

²⁰⁵ ESPINEL SALIVE, Francisco. Presentación de un modelo original de aplicadores para la curieterapia intracavitaria por carcinoma del cérvix uterino. Bucaramanga. 1981. p. 44.

²⁰⁶ *Ibíd.*, p. 53.

²⁰⁷ *Ibíd.*, p. 54.

²⁰⁸ *Ibíd.*, p. 38.

cuanto a la intensidad de las cargas de Radium empleadas y al tiempo de tratamiento.

Durante varios años el Dr. Espinel realizó estudios y utilizó en sus pacientes diferentes tipos de aplicadores (Curie, Estocolmo y Manchester), en este estudio comentaba que, aunque con estas técnicas se alcanzaban resultados satisfactorios, así también se encontraban algunas dificultades en cada caso. Sus comentarios a este respecto se hicieron en este orden: En el método de Curie, "el calibre de los aplicadores intrauterinos obliga a la dilatación sistémica del canal uterocervical, procedimiento muy doloroso y no exento de riesgos. En cuanto al Colpóstato, la dificultad sobresaliente se deriva de la reducción o borramiento de los fondos de saco laterales de la vagina, situación muy frecuente en el carcinoma del cérvix."²⁰⁹ También aseveraba que la forma en U del Colpóstato no permitía una óptima aplicación y en vaginas estrechas el Colpóstato se deslizaba hacia abajo y los costos de importación al ser este modelo de uso único era de difícil adquisición para los hospitales de la época por el elevado número de pacientes.

Foto 21. Técnica de Paris



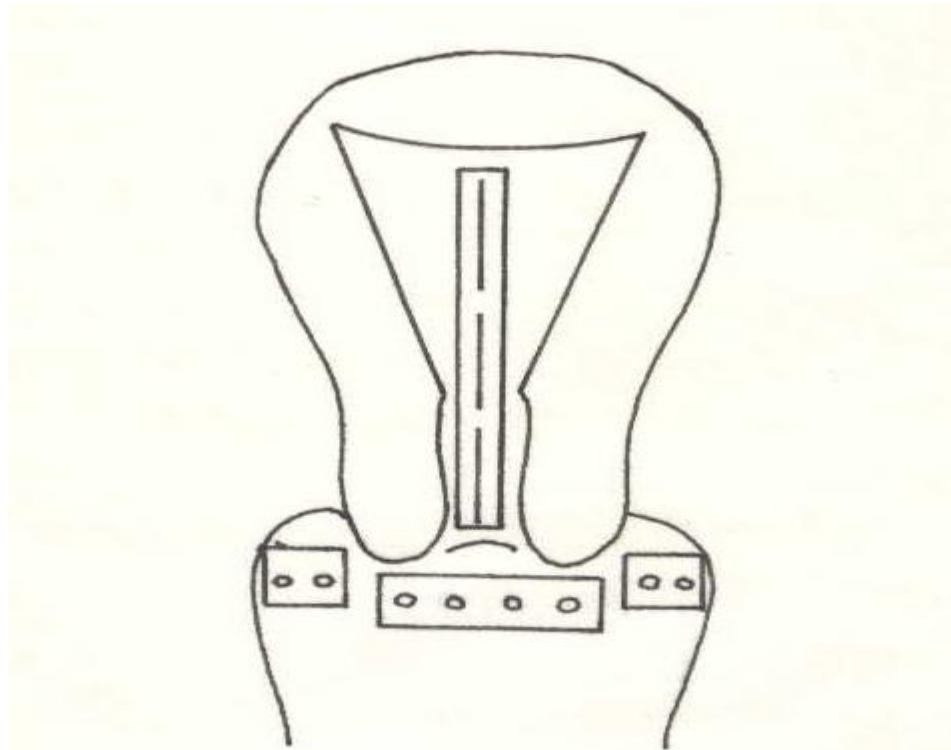
Fuente: ESPINEL SALIVE, Francisco. Presentación de un modelo original de aplicadores para la curieterapia intracavitaria por carcinoma del cérvix uterino. Bucaramanga. 1981. p. 40

El método de Estocolmo: El Dr. Espinel explicaba que este método utilizaba en la cavidad endometrial fuentes de radium en fila o "tándem" que llegaban hasta el extremo superior del canal, pero que dejaban libres de radium el extremo inferior del mismo. En la vagina el radium era colocado en cajas aplanadas o encurvadas,

²⁰⁹ ESPINEL SALIVE, Francisco. Presentación de un modelo original de aplicadores para la curieterapia intracavitaria por carcinoma del cérvix uterino. Bucaramanga. 1981. p. 41.

de tal manera que se cubría bien el cérvix y la superficie posterior del mismo, estos aparatos eran mantenidos en posición mediante un taponamiento con gasa. Esta técnica empleaba una cantidad grande de Radium en un tratamiento corto, intenso y de un alto régimen de dosis. “La técnica de Estocolmo recalca en la ausencia de radium en el canal cervical y confía el principal ataque del carcinoma de cérvix a la irradiación proveniente de los aplicadores vaginales.”²¹⁰

Foto 22. Técnica de Estocolmo



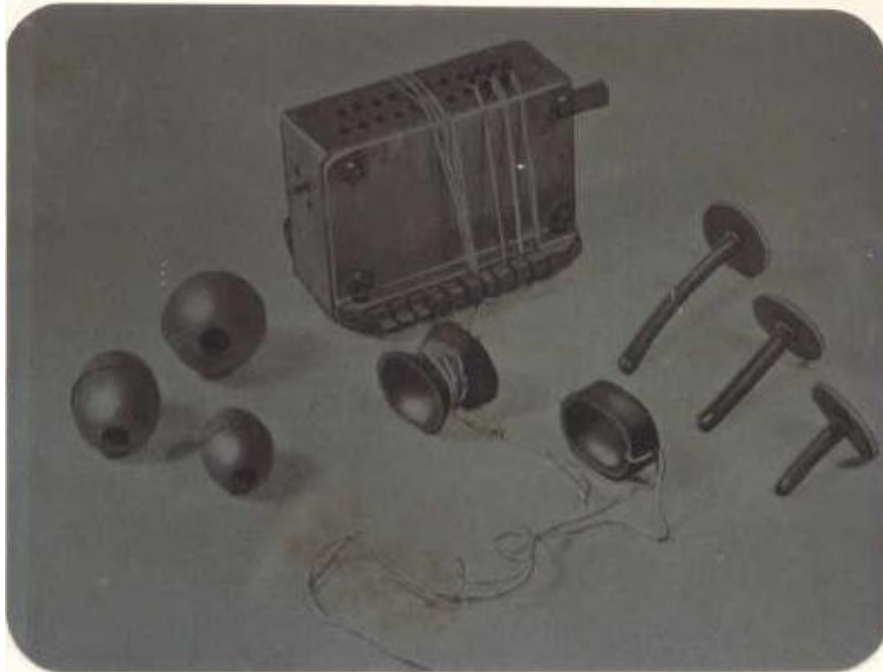
Fuente: ESPINEL SALIVE, Francisco. Presentación de un modelo original de aplicadores para la curieterapia intracavitaria por carcinoma del cérvix uterino. Bucaramanga. 1981. p. 42

El Sistema de Manchester: Este método fue utilizado por el Dr. Espinel para el desarrollo del Modelo Original de Aplicadores de Radium, siguió los principios fundamentales del sistema de Manchester y los resumió como sigue: "a) Mediciones precisas de dosis en puntos específicos de la pelvis; b) Amplia distribución del Radium en un plano lateral y c) Variaciones proporcionales en las cantidades de Radium colocadas en el tándem intrauterino y en ovoides vaginales para obtener dosis constantes de radiación en los puntos seleccionados en la pelvis." Así mismo hizo una descripción detallada de este sistema tomando como guía fragmentos de las obras de Paterson, Parker, Stephenson y Meredith. Estas

²¹⁰ ESPINEL SALIVE, Francisco. Presentación de un modelo original de aplicadores para la curieterapia intracavitaria por carcinoma del cérvix uterino. Bucaramanga. 1981. p. 42-43.

referencias le sirvieron al galeno para explicar cómo su modelo de aplicadores era tanto física como medicamente adecuado.

Foto 23. Sistema de Manchester



Fuente: ESPINEL SALIVE, Francisco. Presentación de un modelo original de aplicadores para la curieterapia intracavitaria por carcinoma del cérvix uterino. Bucaramanga. 1981. p. 45

Entonces el proyecto fue desarrollado por el doctor teniendo en cuenta los inconvenientes que presentaban los diferentes tipos de aplicadores estudiados o que eran empleados en la unidad: “a) el diseño en sí de los aparatos; b) su estabilidad en la vagina o el útero, debido al volumen, peso o tipo de material de construcción; c) la dificultad o imposibilidad de un control directo de sus correcta ubicación en la región anatómica; d) la necesidad de efectuar maniobras de dilatación del canal cervicouterino; e) la dificultad para los tramites de adquisición y f) su costo.”²¹¹ De esta relación de inconvenientes se propuso elaborar un modelo práctico y económico de aplicadores intravaginal e intrauterino que cumpliera con los requisitos esenciales para cada procedimiento.

²¹¹ ESPINEL SALIVE, Francisco. Presentación de un modelo original de aplicadores para la curieterapia intracavitaria por carcinoma del cérvix uterino. Bucaramanga. 1981. p.54.

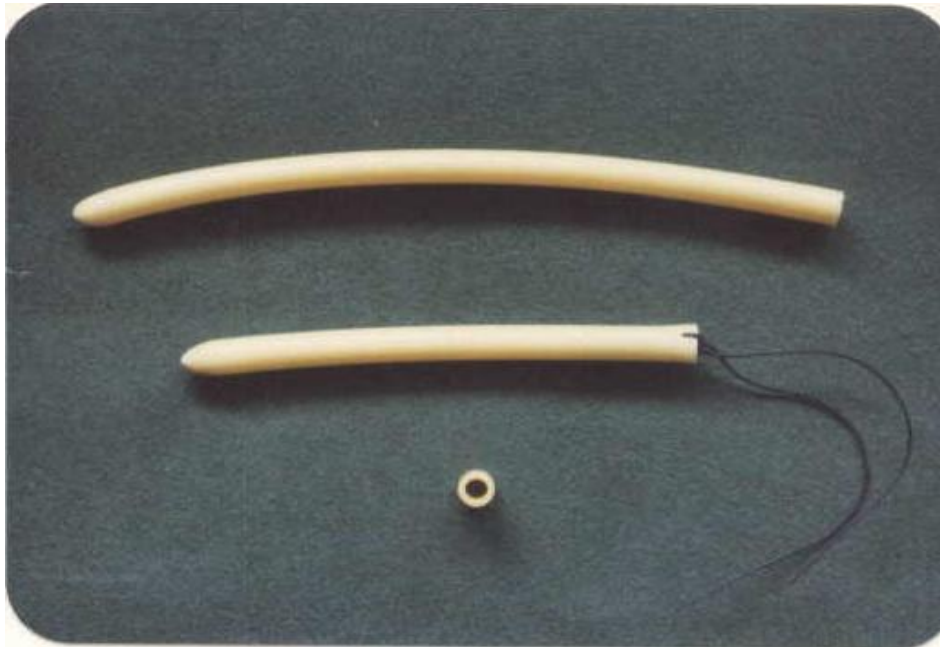
Foto 24. Modelo original de aplicadores para la curieterapia intracavitaria por carcinoma del cérvix uterino



Fuente: ESPINEL SALIVE, Francisco. Presentación de un modelo original de aplicadores para la curieterapia intracavitaria por carcinoma del cérvix uterino. Bucaramanga. 1981 p. 52

Este fue el resultado final, el Dr. Espinel construyó los aplicadores intravaginal e intrauterino pensando en sus mejoras de diseño, en el costo de los materiales, pero sobre todo pensando en hacer más humano un tratamiento que siempre fue doloroso e incómodo para sus pacientes. El aplicador intrauterino fue hecho en unidades tubulares de Cloruro de Polivinilo (PVC) con un diámetro externo de 5 mm y un diámetro interno de 3 mm, con uno de sus extremos sellado con material epóxico y tallado en punta roma. Las sondas se fabricaron con una longitud de 10 cm para que pudiesen ser adaptadas fácilmente, mediante un simple corte, a la longitud requerida, corta, media o larga, según debieran albergar uno, dos o tres tubos de Radium. Las exigencias del diseño fue comentado por el doctor de la siguiente forma.

Foto 25. Aplicador intrauterino



Fuente: ESPINEL SALIVE, Francisco. Presentación de un modelo original de aplicadores para la curieterapia intracavitaria por carcinoma del cérvix uterino. Bucaramanga. 1981 p. 57

1. REQUISITOS PARA EL APLICADOR INTRAUTERINO (SONDA).

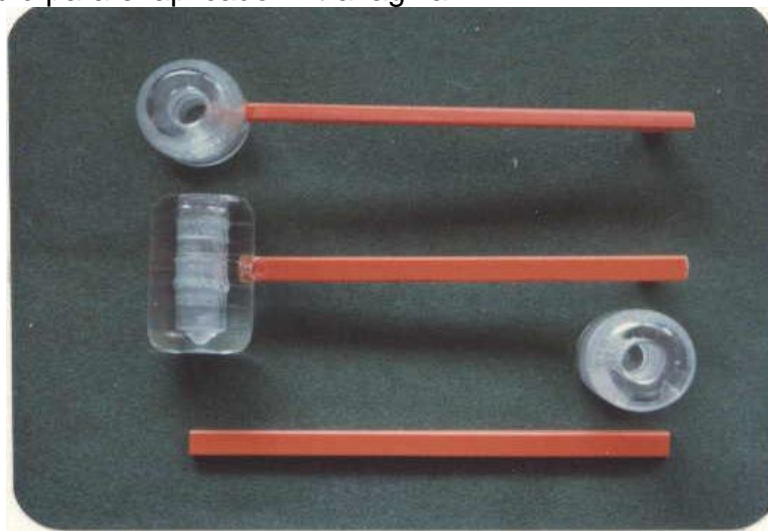
- a) Diseño atraumático.
- b) Calibre tal que no requiera dilatación del canal cervicouterino, procedimiento indeseable no solo por el dolor que provoca sino por los riesgos de infección y de diseminación tumoral que entraña.
- c) material maleable pero con un grado de rigidez tal que permita su frágil introducción en el canal uterino y que, una vez implantado, no se desplace con facilidad hacia la vagina.
- d) Proceso sencillo de construcción.
- e) Materiales de fácil adquisición, y
- f) Bajo costo de fabricación, que haga factible su empleo como equipo desechable.²¹²

En el aplicador intravaginal (Colpóstato), el Dr. Espinel desarrollo el modulo constituido por un receptáculo cilíndrico con sus extremos superior e inferior redondeados, fue fabricado en acríl transparente, del cual en un punto central de sus periferia se desprendía en ángulo recto una varilla fija, también de material acrílico, de un adecuado índice de maleabilidad. La longitud de los receptáculos u ovoides como eran denominados, fueron hechos de un diámetro variable entre

²¹² ESPINEL SALIVE, Francisco. Presentación de un modelo original de aplicadores para la curieterapia intracavitaria por carcinoma del cérvix uterino. Bucaramanga. 1981. p. 54 -55.

2.0, 2.5 y 3.0 cm, correspondiente al de los ovoides de Manchester, pequeños, medianos y grandes respectivamente. La cavidad de los ovoides tenía un diámetro de 6 mm, suficiente para albergar hasta dos tubos de Radium de las dimensiones usualmente empleadas. La varilla lateral tenía 5 mm de anchura y 3 mm de espesor; su longitud de fabricación fue de 13 cm pero mediante un simple corte podía ser adaptada a la magnitud requerida, teniendo en cuenta que el aparato quedara alojado por completo dentro de la cavidad vaginal. Los extremos libres de las varillas se juntaban entre sí mediante una cinta adhesiva y se introducían en un manguito de material plástico, el cual tenía un espolón que permite comprobar la correcta posición de los ovoides, cumpliendo con las alternativas propuestas por el galeno.

Foto 26. Modulo para el aplicador intravaginal



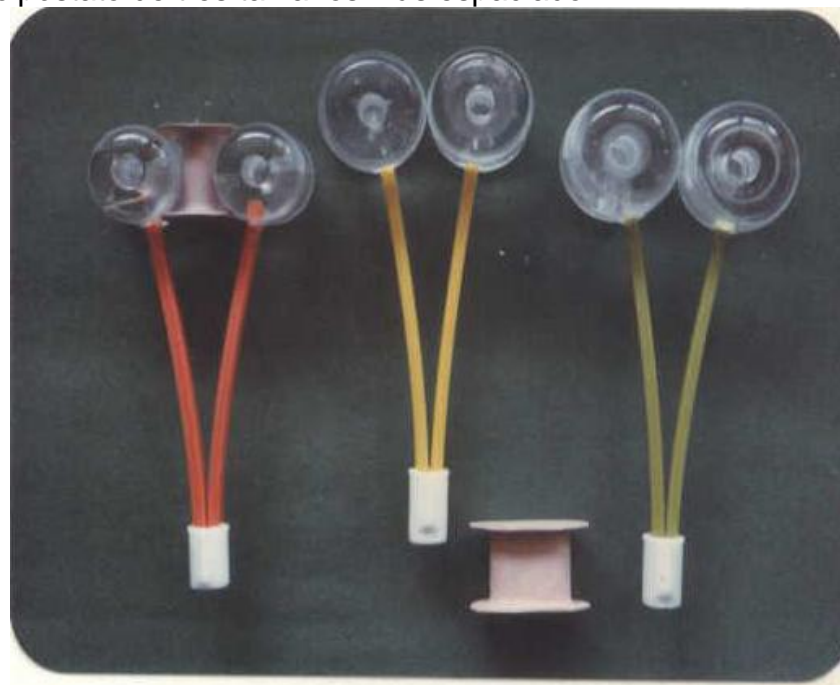
Fuente: ESPINEL SALIVE, Francisco. Presentación de un modelo original de aplicadores para la curieterapia intracavitaria por carcinoma del cérvix uterino. Bucaramanga. 1981 p. 58

2. REQUISITOS PARA EL APLICADOR INTRAVAGINAL (COLPOSTATO).

- a) Diseño sencillo y práctico, preferiblemente modular.
- b) Material liviano, resistente y durable.
- c) Fácilmente esterilizable.
- d) De paredes traslucidas, que permitan comprobar que el aplicador ha sido cargado con las fuentes prescritas.
- e) De varios tamaños, que les permitan adaptarse a las diversas modalidades de capacidad de la vagina.
- f) De fácil y rápida aplicación.
- g) que una vez colocado en los fondos de saco laterales de la vagina, su situación pueda ser comprobada visualmente y corregida, si fuera el caso.
- h) Que una vez aplicado, pueda ser mantenido e forma estable y en la posición correcta durante el tiempo de tratamiento.

- i) Que su diseño permita el empleo de un espaciador que mantenga una distancia constante entre los dos ovoides.
- j) Que el diseño de los ovoides permita que la posición de las fuentes de Radium en los fondos de saco laterales de la vagina sea similar en todo a la del sistema de Manchester, para efectos de distribución de la dosis en los puntos A y B.
- k) Que su construcción no sea complicada.
- l) Que su costo sea bajo.²¹³

Foto 27. Colpóstato de tres tamaños más espaciador.



Fuente: ESPINEL SALIVE, Francisco. Presentación de un modelo original de aplicadores para la curieterapia intracavitaria por carcinoma del cérvix uterino. Bucaramanga. 1981 p. 59

El diseño final quedaba constituido como se aprecia en la anterior fotografía, colocando el espejo vaginal se procedía a la limpieza cuidadosa de la vagina con una solución antiséptica. Con el histerometro se confirmaba la longitud y dirección del canal cervicouterino y, sin ninguna maniobra de dilatación, se procedía a insertar la sonda en la cavidad. El calibre y el grado de rigidez del aplicador, hacía que no fuera necesario realizar otro procedimiento. La sonda era mantenida en la posición correcta por el espaciador de caucho colocado entre los bordes del Colpóstato.

²¹³ ESPINEL SALIVE, Francisco. Presentación de un modelo original de aplicadores para la curieterapia intracavitaria por carcinoma del cérvix uterino. Bucaramanga. 1981 p. 55 – 56.

Al retirarse el espejo se procedía a introducir manualmente el Colpóstato con el espaciador, de manera que los ovoides llegaran hasta los fondos de saco laterales. Se colocaba nuevamente el espejo vaginal de manera que las valvas quedaran por delante de los ovoides. Bajo control visual directo explicaba el doctor Espinel, se corregía cualquier defecto en la ubicación de los ovoides. Se efectuaba luego un cuidadoso taponamiento vaginal con gasas y se retiraba el espejo, el último paso consistía en cerrar los labios mayores de la vagina con tiras de tela adhesiva. El Dr. Espinel efectuaba controles por medio de radiografías de la posición de las cargas de Radium en incidencias anteroposterior y lateral a 90 grados, la manera de confirmar si el aplicador estaba en posición correcta, se hacía mediante una esfera de plomo incrustada en el espaciador la cual se proyectaba en la imagen en una posición central.

CAPITULO 4

UNIDAD DE ONCOLOGÍA Y RADIOTERAPIA DEL HOSPITAL RAMÓN GONZÁLEZ VALENCIA. 1979 – 1985

A medida que los desarrollos tecnológicos para el tratamiento del cáncer avanzaban y que el Estado incrementaba su intervención en los diferentes asuntos del país, se fueron dando las condiciones para que desde 1968, se pensara en la renovación de la institución médica para tratar la enfermedad en la región, ya que la existente era insuficiente para suplir las necesidades de los enfermos, pues los equipos de radioterapia estaban deteriorados y en abandono. El objetivo de este capítulo es exponer las gestiones realizadas por el Dr. Espinel, para la construcción de la Unidad de Oncología y Radioterapia del Hospital Ramón González Valencia. Para esta labor hay que tener presentes las diferentes entidades en las que este galeno prestó sus servicios entre los años 1958 a 1979, ya que estas instituciones fueron utilizadas, como un canal con el cual conseguir más herramientas en la lucha contra el cáncer para la región.

Después de creada la unidad de radioterapia y cáncer del hospital San Juan de Dios, se crean en Bucaramanga otras entidades tomadas del modelo nacional, con las cuales inicia el fomento por parte del gobierno de las actividades de lucha contra el cáncer a nivel regional: como el Comité Zonal de Lucha Contra el Cáncer, la Liga Santandereana de Lucha Contra el Cáncer, así como una iniciativa única para la época en Santander, el pabellón Jácome Valderrama. La decisión de crear una unidad moderna para tratar el cáncer en la región, se fue abriendo camino, debido al desarrollo y los logros alcanzados por estas entidades y las relaciones que se fueron construyendo con el Estado, quien siempre estuvo representado por el Instituto Nacional de Cancerología.

Así mismo, es importante resaltar en este apartado como el doctor asumió sus quehaceres, pues con ellos manifestaba como declaró Fernández, “una formación educativa de alto nivel, la estructura organizativa, la vinculación con las estructuras de poder, el estatus, la actualización continua y la búsqueda de autonomía”.²¹⁴ De esta manera podemos asegurar que su causa siempre estuvo determinada por su profesionalismo, con este concepto, se puede dar explicación a la dedicación con la cual el Dr. contribuyó con estas instituciones y los beneficios que estas traerían a sus pacientes. En este sentido, diferentes autores señalan que el aporte de las profesiones al conocimiento médico es que le permite cumplir eficazmente con su función social y le confiere la capacidad de dar respuesta a los problemas de salud. Abreu e Infante dicen que, “desde el punto de vista de la sociología de las profesiones, toda profesión se considera como tal porque posee un cuerpo de conocimiento que le es propio y que le permite resolver un cierto tipo

²¹⁴ FERNÁNDEZ PÉREZ, Jorge. Elementos que consolidan al concepto profesión. Notas para su reflexión. Revista Electrónica de Investigación Educativa. Vol.3, No.1, 2001. p. 24.

de problemas”.²¹⁵ Sánchez y Sáez sugieren que, “las actividades profesionales resignifican la realidad social, porque la transforman, le atribuyen nuevos significados, definen sus dinámicas, interpretan las situaciones, identifican los problemas y proponen alternativas para resolverlos, poniendo en juego sus habilidades para ello”.²¹⁶ Así mismo, estos autores advierten que en la actividad profesional se usa y se produce conocimiento, la experiencia acumulada al frente de estas entidades le dieron al Dr. Espinel la autoridad para gestionar ante los diferentes estamentos, sociales y políticos los instrumentos necesarios para la consecución de la unidad de oncología.

El Dr. Espinel demostró con sus logros que un profesional de la medicina debe ir más allá de la enfermedad, Roció Gómez, lo explica de la siguiente manera:

Al médico le toca articular las instancias de saber, poder y deber. Él debe aplicar con rigor todos los conocimientos científicos, lo que esté a su alcance en bien de su paciente. Cuando necesite debe ayudarse de la medicina basada en la evidencia y de la más alta tecnología. Es decir, debe tener una rigurosa formación técnica y científica, para que junto con una concepción humanista y social de su profesión, pueda ejercer todas sus habilidades en bien de la comunidad.²¹⁷

Este sin duda fue el fundamento de su actividad, los resultados de su trabajo siguen intactos en la región, en aquellas instituciones y personas que aún continúan asumiendo el problema de la enfermedad y cuyo impacto se abalanzó hacia la vida.

Las actas de la Liga Santandereana de Lucha Contra el Cáncer se constituyen como una fuente principal en este trabajo por la importancia que tienen al reunir y exponer las actividades del Dr. Francisco Espinel, en la consecución de los elementos que día a día iban formando el material con el cual se fue conformando la unidad de Oncología y Radioterapia del Hospital Universitario Ramón González Valencia. Otra fuente utilizada en este capítulo serán un grupo de cartas de la correspondencia de la Unidad, estas cartas señalan el manejo y liderazgo administrativo en la búsqueda por un bienpreciado como fue la atención integral y óptima de pacientes afectados por Cáncer. Igualmente se intentara presentar al doctor Espinel, sus gestiones, la práctica médica, los nexos y vicisitudes con la burocracia local y nacional, entre ellos, la Gobernación de Santander, el Ministerio de Salud y el Instituto Nacional de Cancerología en Bogotá.

²¹⁵ ABREU HERNÁNDEZ, Luis Felipe; INFANTE CASTAÑEDA, Claudia B. La educación médica frente a los retos de la sociedad del conocimiento. Academia Nacional de Medicina de México A.C. Gaceta Médica de México. Volumen 140. Número 4. Julio - Agosto 2004. p. 385.

²¹⁶ SÁNCHEZ, Mariano; SÁEZ, Juan. El estudio de las profesiones. La potencialidad del concepto de profesionalización. Universitas Tarraconensis: Revista de ciencias de leducació. ISSN 0211- 3368, No.1, 2009, Págs. 103 – 117. p. 104.

²¹⁷ GÓMEZ, Roció. La medicina: Una profesión: Departamento de Psicoanálisis. Universidad de Antioquia Affectio Societatis N° 4. Junio, 1999. Pág. 9. <http://antares.udea.edu.co/-psicoan/affectio4.html>.

4.1 EL COMITÉ ZONAL DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER

El Comité Nacional de Lucha Contra el Cáncer fue creado bajo el decreto número 1598 de 1960, de la mano del Ministerio de Salud Pública, para planear y coordinar las campañas que se destinarían contra el cáncer en el territorio nacional. Este Comité Nacional, encontró su sede en Bogotá y quedó constituido por seis miembros en total. El primero de ellos sería el Ministro de Salud pública, quien quedaría al cargo de la presidencia. Los otros miembros serían designados así: Un delegado de la Federación Médica Colombiana, el Director del INC, un representante de la Sociedad Colombiana de Cancerología, otro de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional y un delegado de la Facultad de Medicina de la Universidad Javeriana.²¹⁸ Escribió el director del Instituto Nacional de Cancerología, Dr. Julio E. Ospina, que con la creación de este Comité Nacional, “hizo su aparición por primera vez, esa curiosa idea de crear organismos paralelos, para resolver problemas de carácter social y nacional en el área del cáncer.”²¹⁹

Las funciones de este comité fueron dirigidas a estimular y coordinar un programa de investigaciones que mostrara el verdadero problema del cáncer en Colombia; así como a elaborar programas a corto y largo plazo que dieran soluciones a esta enfermedad; a elaborar y a ejecutar programas de promoción y prevención de la enfermedad dentro del cuerpo médico y odontológico; a buscar la forma de conseguir fondos para la lucha contra la enfermedad; a determinar donde estarían las unidades en el país y cuáles serían sus zonas de influencia; a escoger los miembros de los comités zonales de lucha contra el cáncer; a cobrar los dineros a cada zonal para los programas de investigación; a hacer los presupuestos de ingresos y gastos que fueran necesarios para las campañas y para los programas adoptados, acciones guiadas por la asesoría del Ministerio.²²⁰

El artículo 4º de este decreto, ordenaba que para conseguir sus metas este Comité Nacional, debía contar con “la cooperación de Comités Zonales de Lucha Contra el Cáncer, que fueran apoyados por el Instituto Nacional de Cancerología.”²²¹ A este último se le designó la responsabilidad de dirigir los Programas de Cáncer en Colombia en cuanto a planeación y ejecución, teniendo en cuenta el nuevo concepto de Salud Pública, con el cual se debían desarrollar todos los puntos del programa en cuanto a educación, prevención, diagnóstico, seguimiento y tratamiento. Una de las actividades fundamentales del Comité Nacional, fue el Registro Nacional del Cáncer, el cual tuvo sus inicios por el año de

²¹⁸ BOLETÍN DEL COMITÉ NACIONAL DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER: Republica de Colombia. Ministerio de Salud Pública. Sección de Educación Sanitaria. Número 1. Bogotá D. E. 1961. p. 2.

²¹⁹ OSPINA LUGO, Julio E. Instituto Nacional de Cancerología esbozo histórico y situación actual. Revista del Instituto Nacional de Cancerología de Colombia. Volumen 1. Número 2. Bogotá 1980. p. 98.

²²⁰ BOLETÍN DEL COMITÉ NACIONAL DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER, Op cit. 1961. p. 3-4.

²²¹ Ibíd., 1961. p. 4.

1961.²²² Esta idea fue concebida pensando en encontrar los agentes causantes de la enfermedad, su magnitud y cuales las características demográficas y de morbilidad. Los datos recopilados con este registro fueron la base de los estudios epidemiológicos en el país; también sirvieron posteriormente, para organizar los planes nacionales contra el cáncer. Para cumplir con el buen funcionamiento de este recurso se necesitaba la colaboración de los médicos y de las entidades asistenciales, quienes finalmente se verían beneficiados, pues, ellos mismos tendrían acceso a un estudio epidemiológico con las características propias de su región.

El artículo 5º, decía que estos comités zonales debían estar integrados por:

- a) El secretario o secretarios de salud del Departamento o Departamentos que compongan la zona, o sus representantes.
- b) Los directores o entidades dedicadas al diagnóstico o tratamiento del cáncer.
- c) Un miembro nombrado por el Comité Nacional de Lucha contra el Cáncer.
- d) Un miembro nombrado por la Facultad de Medicina de la Zona, o en su defecto, designado por la directiva del hospital principal de la Zona.
- e) Dos miembros nombrados por la cámara de comercio de la Zona.
- f) Un miembro designado por la autoridad eclesiástica.²²³

En Bucaramanga el Dr. Francisco Espinel Salive y el Dr. Gustavo Mogollón Sánchez, fueron nombrados el primero como coordinador del Comité Zonal de Lucha Contra el Cáncer y el segundo como presidente del Comité Zonal de Santander.²²⁴ Estos médicos tendrían que ejecutar las mismas acciones emprendidas por el Comité Nacional, pero en Santander y su zona de influencia. En las actas de la Liga Santandereana de Lucha Contra el Cáncer, quedaron consignadas algunas de las acciones emprendidas por el Dr. Espinel en este nuevo ente creado para la región.

El Dr. Espinel Salive dio inicio a las campañas de educación sanitaria sobre el cáncer y emprendió la elaboración y ejecución de programas que estimularan el conocimiento y los medios adecuados para el diagnóstico temprano de la enfermedad. Estos programas de promoción y prevención de la enfermedad comenzaron el 21 de junio de 1966, en esta fecha, el médico, informó a los miembros de la Liga “del Foro organizado por el comité zonal donde estarán presentes: el Dr. Jácome Valderrama, el Dr. Jordán, el Dr. Jorge Segura y el Dr. Gaitán Yanguas y distinguidos especialistas nacionales y dijo que esperaba la colaboración de la Liga tanto en la asistencia a las conferencias como en la visita

²²² BOLETÍN DEL COMITÉ NACIONAL DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER: REPUBLICA de Colombia. Ministerio de Salud Pública. Sección de Educación Sanitaria. Número 7. Bogotá D. E. 1962. p. 2.

²²³ *Ibidem*, 1961, p. 4-5.

²²⁴ LIGA SANTANDEREANA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER: Acta Numero 11. 16 de febrero de 1967. Folio 16.

a la obra que se llevaba a cabo para el Jácome Valderrama”.²²⁵ En esa misma reunión solicitó el Dr. Espinel que se estudiara la posibilidad de “comprar unas películas de gran efecto para la campaña que se llevaría a cabo próximamente a escala nacional, su valor sería de unos \$ 4.000.00. Se insinuó que utilizando el mismo tipo de película se hiciera una filmación de las lamentables condiciones actuales de los enfermos desahuciados y de la obra que se está realizando para que sirva de introducción a la película principal”.²²⁶ Con esta se hacía referencia al Pabellón Jácome Valderrama.

Dr. Espinel insistía sobre las campañas de prevención del cáncer, y decía que se debían adelantar la organización y planeación, para saber las necesidades reales que en esta materia tendrían que ser alcanzadas. Así mismo expresaba la urgencia de llevar a cabo la campaña de citología para determinar el número de casos nuevos, así como para la prevención y el tratamiento de la enfermedad. Con la exhibición de las películas “Dos Mujeres” y “El club del millón”,²²⁷ en diferentes empresas y sin cobrar honorarios por las mismas, se fueron desarrollando las campañas de promoción y prevención de la enfermedad en la ciudad. La liga le cobro a estas empresas un valor de \$10.00 por cada citología, entretanto, El Dr. Espinel comunicaba a los miembros de la Liga sobre el programa de citología que se lleva a cabo en el hospital San Juan de Dios especialmente en ginecología, consulta externa y prenatal, en donde se estarían realizando un promedio de 20 citologías diarias.²²⁸ Igualmente se abrió un servicio para toma de citologías a mujeres de bajos recursos en el pabellón Jácome Valderrama, con el cual este galeno pretendía llevar a feliz término las campañas propuestas.

En el Acta número 22, del 30 de agosto de 1968, se encuentra un registro de las empresas y del número de exámenes hechos a sus empleadas, la información señala:

El coordinador del Comité Zonal Dr. Francisco Espinel informa que en la Campaña de Citología se practicaron 40 exámenes a las empleadas de teléfonos y sus familiares, visitó también la Compañía Nacional de Cigarrillos y quedaron de informarle la fecha en la cual se les pueda proyectar la película. Sobre citología informa también que hasta la fecha se han efectuado 295 citologías de las cuales un 11% resultaron dudosas y tres casos positivos de cáncer. Sobre el Radium nos informa que se están haciendo nueve tratamientos mensuales.²²⁹

²²⁵ LIGA SANTANDEREANA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER. Acta Numero 7. 21 de junio de 1966. Folios 8 -9.

²²⁶ *Ibíd.*, Folios 8-9.

²²⁷ *Ibíd.*, Acta Numero 34. 11 de febrero de 1970. Folio 50.

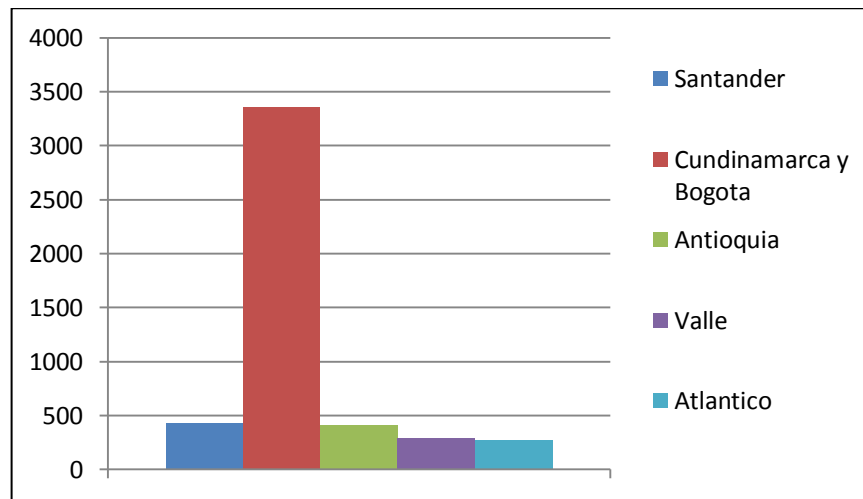
²²⁸ *Ibíd.*, Acta Numero 21. 25 de junio de 1968. Folio 33.

²²⁹ *Ibíd.*, Acta Numero 22. 30 de agosto de 1968. Folio 35.

Para el año de 1970, las labores realizadas en materia de promoción y prevención de la enfermedad empezarían a presentar resultados satisfactorios de las campañas que se estaban realizando. Este resultado fue expuesto después de una reunión de la junta de la Liga en la cual informaban que en el Pabellón Jácome Valderrama, había un sobrante de camas, condición que no se observaba en el servicio desde su inauguración. El acta número 37 señalaba, que el Dr. Francisco Espinel había tomado la palabra para comentar que la baja notable del número de hospitalizados se debía “en gran parte a las campañas de prevención realizadas por la Liga lo que ha permitido atender y curar oportunamente casos de cáncer de cérvix que antes de la campaña solamente eran conocidos cuando su estado era avanzado, el recurso del Radium ha permitido que casos incipientes puedan ser tratados muy eficazmente lo que, desde luego, ha rebajado también el número de “incurables”.”²³⁰

A continuación se reseña parte del registro gestado por el Dr. Espinel que como tal cumple con los compromisos adquiridos ante el Comité Nacional de Lucha Contra el cáncer, en la coordinación de programas que podían proveer un conocimiento del cáncer en la región. Con la creación de este registro se observa la importancia que Espinel daba a la estadística, llevándola en forma pormenorizada de cada tipo de cáncer, partiendo desde lo general (sistema y aparatos orgánicos) hasta el particular (órganos). Las cifras y la estadística seguirán siendo su fuerte como se verá más adelante, cuando se le pida asesoría para la creación de la futura Unidad de Oncología del Hospital Universitario Ramón González Valencia.

Grafico 2.Registro de casos de Cáncer en Colombia en 1971

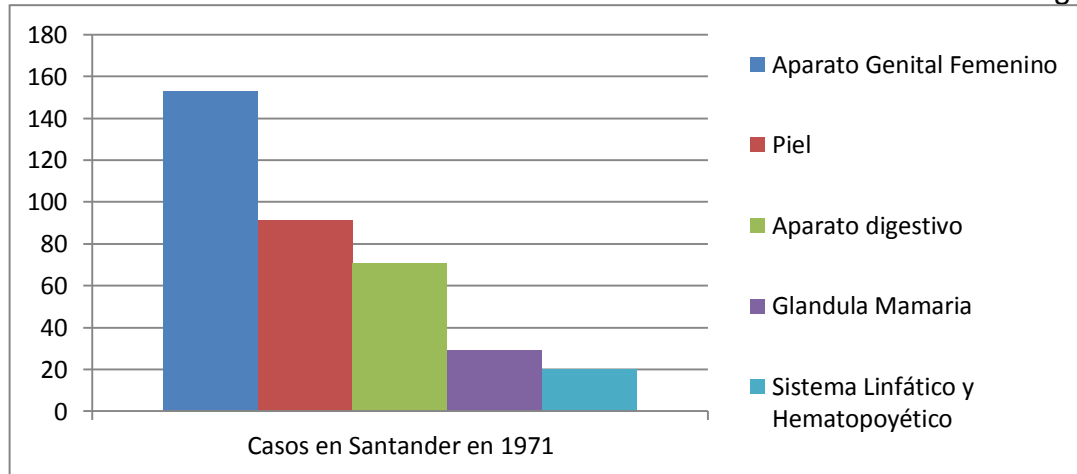


Según las investigaciones realizadas por el Dr. Espinel, en el Departamento de Santander para el año de 1971, se registraron 432 casos de pacientes afectados

²³⁰ LIGA SANTANDEREANA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER. Acta Numero 37. 12 de mayo de 1970. Folios 55-56.

por Cáncer. Esta cifra dejaba la región como la segunda zona del país con elevada frecuencia de enfermos aquejados por la enfermedad, siendo superada tan solo por regiones como Cundinamarca y Bogotá (3360 enfermos) y por encima de Departamentos como Antioquia (414 enfermos) Valle (296 enfermos) y Atlántico (273 enfermos), por citar territorios con más población y envergadura económica.²³¹

Gráfico 3. Informe Anual de 1971. Boletín del Instituto Nacional de Cancerología.



El registro basó su estudio en 14 departamentos del país y arrojó un consolidado de 6.077 pacientes rastreados recibiendo su respectivo tratamiento. Estas cifras se respaldaron con el Informe Anual de 1971 del Instituto Nacional de Cancerología. Este Registro exponía los aparatos y sistemas más comprometidos, para el caso Santander, el Aparato Genital Femenino ocupaba el primer puesto (153 casos), seguidos de Piel (91 casos), Aparato Digestivo (71 casos), Glándula Mamaria (29 casos) y Sistema Linfático y Hematopoyético (20 casos). Estos primeros cinco lugares componían el 83.9 por ciento de casos consultados por los pacientes del Hospital San Juan de Dios de Bucaramanga.

El Dr. Eduardo Gaitán Márquez, jefe de la sección de Epidemiología y Prevención del INC, presentó un informe en la VII asamblea de Comités y Ligas de Lucha Contra el Cáncer realizado en Ibagué entre octubre 10 y 12 de 1970. Dentro de las estadísticas presentadas por este galeno las cuales incluían unidades de atención a enfermos, equipos para radioterapia, distribución de la morbilidad y la mortalidad y especialistas en cáncer, este argumentaba que era necesario formalizar una zonificación del país para conocer los recursos existentes para realizar los tratamientos en cada Departamento, buscando hasta donde fuera posible, la

²³¹ UNIDAD DE ONCOLOGÍA Y RADIOTERAPIA HUS. Documento Inédito. Registro de Cáncer. Hospital San Juan de Dios de Bucaramanga. Departamento de Santander 1971.

facilidad de desplazamiento de los pacientes.²³² Como ya era destacado por las estadísticas, se esperaba que en cada región aumentara el número de casos nuevos de cáncer, lo que priorizaba en las regiones el obtener y mantener nueva tecnología para realizar radioterapia, pues la existente no cubría ni el 25% de los requerimientos de los hospitales que contaban con este recurso.

Conocer esta problemática le permitía al Comité Nacional y al INC, dar las pautas para crear un Plan Nacional de Cáncer que fuera acorde con las necesidades reales del país. Entre las insuficiencias que enumero el Dr. Gaitán Márquez, en su exposición de la asamblea de 1970, para llevar a cabo los tratamientos con Radioterapia se destacaron las siguientes:

“Solamente el Instituto Nacional de Cancerología dispone de equipos de Cobaltoterapia, como entidad oficial para el tratamiento del Cáncer y solo cinco ciudades disponen de Radium: “Considero que la implementación de equipos de acuerdo con los recursos humanos, en este caso radioterapeutas, es de vital importancia para el tratamiento de los pacientes con Cáncer, como también aumentar las posibilidades de especialización en este campo”. “Si nosotros nos compenetramos y ahondamos un poco más en cuanto a los métodos del tratamiento del Cáncer los cuales básicamente son dos: Cirugía y Radioterapia, no podemos dejar de comentar que los medios quirúrgicos a nivel hospitalario departamental difieren, toda vez que existen en cada zona cirujanos preparados eficientemente, pero las condiciones precarias de los hospitales les impiden el desarrollo normal de sus funciones.”²³³

El panorama para Santander para este año se encontraba en su punto más dramático, ya que los equipos de radioterapia superficial y profunda habían quedado fuera de servicio con 10 y 12 años de trabajo permanente, y conseguirlos junto con el Radium se dificultaba, por el cambio de los sistemas de seguridad social, en cuanto a que, la financiación de los recursos ya no dependían de la caridad de los ciudadanos, sino que empezaron a depender totalmente de las partidas asignadas por el Estado.

El Dr. Julio E. Ospina escribió en 1980, que “muchos años después y por afortunada iniciativa de las entonces Directivas de la Institución, el decreto 1456 adscribió las funciones del Comité Nacional de Lucha Contra el Cáncer, al Instituto Nacional de Cancerología, preservándose así la filosofía institucional establecida en 1953.”²³⁴ Desde 1969, el INC establece una lucha nacional amplia e integral,

²³² BOLETÍN DEL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA: República de Colombia. Instituto Nacional de Cancerología, Sección de Epidemiología y Prevención. Número 20. Bogotá D. E. Diciembre de 1970. p. 14.

²³³ *Ibid.*

²³⁴ OSPINA LUGO, Julio E. Instituto Nacional de Cancerología esbozo histórico y situación actual. Revista del Instituto Nacional de Cancerología de Colombia. Volumen 1. Número 2. Bogotá 1980. p. 98.

reflejo de las modificaciones incluidas a nivel mundial en diversos aspectos de la lucha contra el cáncer, principalmente la necesidad de atacar la enfermedad con un arsenal multidisciplinario, en el cual se debían incluir los aspectos docentes y epidemiológicos de la enfermedad. Así como, “funciones de educación comunitaria, investigación científica, prevención, diagnóstico, tratamiento y docencia en cáncer y enfermedades afines, acordar programas de acción tendientes a conseguir fondos para la lucha contra el cáncer y asesorar al gobierno en lo que se relaciona con los problemas de cáncer y enfermedades afines”.²³⁵ Por esta misma vía, el Instituto Nacional de Cancerología encontró su destino nacional en el Plan Nacional del Cáncer establecido como política del Plan Nacional de Salud, por medio de las Resoluciones Ministeriales números 1504 de 1976 y 5897 de 1978.²³⁶

4.2 LA LIGA SANTANDEREANA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER

Aunque ya existe una historia de la Liga Santandereana de Lucha Contra el Cáncer²³⁷ es importante para este trabajo, señalar las acciones realizadas por esta institución, ya que el Dr. Francisco Espinel, fue no solo, uno de sus fundadores, sino un gran activista de los programas que desde 1961, se fueron implementando y realizando en cumplimiento con los planes exigidos por el Estado y en su nombre por el Instituto Nacional de Cancerología, así como por las resoluciones de los Comités tanto Nacional como Zonales de Lucha contra el cáncer. Producto de estas relaciones y esfuerzos es que en 1979, y por medio del Plan Nacional de Cáncer de 1975, se crea la Unidad de Oncología y Radioterapia en el nuevo Hospital Universitario Ramón González Valencia.

Con los programas del Hospital San Juan de Dios, y del Comité Zonal de Lucha Contra el Cáncer en marcha, se incrementaron las actividades y los esfuerzos de del Dr. Espinel y del Coronel Quintín Gustavo Gómez, quienes vincularían a un nuevo grupo de personas y de entidades de la región para que siguieran colaborando desinteresadamente en las gestiones para fomentar programas conjuntos en favor de los enfermos de cáncer. Es así como, el día 14 de octubre de 1961, fue solemnemente fundada la Liga Santandereana de Lucha Contra el Cáncer, entidad sin ánimo de lucro que estuvo vinculada a la Liga Colombiana de Lucha Contra el Cáncer, la cual tenía su sede en Bogotá. Desde entonces esta institución adquirió un compromiso ininterrumpido en favor de los enfermos de cáncer en Santander, sus actividades más importantes fueron:

²³⁵MINISTERIO DE SALUD. Resolución número 5897 de 1978. Por la cual se dictan normas sobre el Programa Nacional de Control de Cáncer. (27 junio 1978). Folio 1.

²³⁶OSPINA LUGO, Julio E. Instituto Nacional de Cancerología esbozo histórico y situación actual. Revista del Instituto Nacional de Cancerología de Colombia. Volumen 1. Número 2. Bogotá 1980. p. 98.

²³⁷CASTAÑEDA PLATA, César Andrés. La historia de la Liga Santandereana de Lucha Contra el cáncer está documentada y puede ser consultada en: La historia del cáncer en Bucaramanga: una problemática social vista a través de la liga santandereana de lucha contra el cáncer: 1961-1980. UIS, Facultad de Ciencias Humanas, Escuela de historia, Bucaramanga, 2011.

A). CAMPAÑA DE ILUSTRACION AL PUBLICO Y A LOS PROFESIONALES. Como ya se mencionó anteriormente, el Dr. Espinel por medio del Comité Zonal organizaba foros, con la participación de importantes especialistas del país, con los cuales, se mantenía informado y actualizando su conocimiento en favor de los tratamientos.

B). CAMPAÑA ESPECIFICA DE PREVENCION DEL CÁNCER DEL CERVIX UTERINO (Divulgación, publicaciones, propaganda, tres puestos de Citología Exfoliativa, Grupo de Voluntarias para la toma de muestras y Seguimiento, en Bucaramanga, Socorro, Sal Gil y Barrancabermeja). El esmero con el cual se realizaron estas intensas y costosas campañas de educación y diagnóstico precoz emprendida por el sector oficial (Comité Zonal) y la Liga, obtuvieron un alto número de casos positivos comprobados, obteniendo una alta incidencia de pacientes tratados.

C). ASISTENCIA INTEGRAL DE ENFERMOS DE CÁNCER en coordinación con el Hospital San Juan de Dios y luego con el Hospital Ramón González Valencia, (“Pabellón José Antonio Jácome Valderrama”).

4.3 EL PABELLÓN JOSÉ ANTONIO JÁCOME VALDERRAMA

A principios de los años sesenta, el trabajo en la Unidad de Radioterapia y Cáncer del Hospital San Juan de Dios, estuvo saturado por la creciente demanda de pacientes que venían a Bucaramanga a tratarse en el Hospital San Juan de Dios, procedentes del Sur de Bolívar, Arauca, Norte de Santander y de veredas vecinas. “La gente llegaba de afuera, la mayoría ya venían con la enfermedad en un estado muy avanzado y los familiares los dejaban en el hospital y se regresaban a sus viviendas, prácticamente se desaparecían”.²³⁸ Pero por el bajo número de camas disponibles en el Hospital, a estos pacientes no les quedaba otro recurso que permanecer en la calle mientras terminaban sus tratamientos o sucumbían ante la enfermedad. El pensamiento y el conocimiento de la enfermedad conducían al Dr. Espinel a realizar los tratamientos hasta donde las posibilidades se lo permitieran, pero siempre lo atormentaba la pregunta ¿qué hacer con estos pacientes? Para ese tiempo Doña Leonor esposa del Dr. Francisco que siempre lo apoyó en todo, ya se había vinculado con las damas Rosadas y con las Damas Grises de la Cruz Roja.

De este grupo de señoras salió la idea de hacer un refugio para estas personas, en una casa a la entrada del Barrio Campo Hermoso, pues era conocido que en ella se trataba a tuberculosos y era una buena oportunidad ya que en ella habitaba solo un paciente. “La casa para los tuberculosos, era un rancho con paredes de

²³⁸ PATIÑO R. Juan Miguel. Entrevista # 3: Leonor Correal de Espinel. Esposa del Dr. Francisco Espinel. Hora de grabación 05:060 p.m. Grabando nombre de archivo: 14102_001. Salive. Bogotá, 29 Octubre de 2014.

tapia que ya se caían y tenía un techo de paja”²³⁹, carente de las más elementales normas de higiene, mal ventilado, y con una carencia total de dotación y otros servicios. Doña Leonor acompañada por un grupo de Damas rosadas harían las gestiones ante la gobernación, pidiendo este lugar en donación para que hiciera parte del hospital o de la Liga Santandereana contra el cáncer. “La casa la tumbaron e hicimos una casa ordenada con pabellones, jardines y le dimos un ambiente agradable, o por lo menos más amable para los pacientes. Sus obras terminaron hacia el año de 1967, pero desde sus inicios se convirtió en refugio para pacientes terminales de cáncer.”²⁴⁰

El Dr. Espinel después de su jornada laboral se iba a atender a sus pacientes al pabellón, “Francisco después de salir del hospital se iba para el Jácome y allí los observaba y les seguía su tratamiento”. Más adelante por intermedio de contratos con la Liga, empezarían a ir otros médicos como el Dr. Barragán y conseguirían la ayuda de unas monjas de la presentación para brindarles una mejor atención a los pacientes, para hacer curaciones y mantenerles ropa y comida. Cuando los pacientes morían en el pabellón, las monjas trataban de comunicarse con sus familiares, algunos aparecían por sus muertos, los demás eran enterrados por el municipio o por el hospital.

Desde que iniciaron las labores en esta institución, su sustento se consigue con el patrocinio de las señoras de la ciudad en conjunto con la Liga, siempre buscando los fondos suficientes para mantener esta iniciativa. Las labores realizadas por doña Leonor con las damas rosadas y grises, así como sus influencias por ser presidenta del Club de los Profesionales, dio el impulso a las señoras que pertenecían a estas organizaciones para trabajar por el pabellón y los enfermos terminales. “Las señoras se fueron uniendo cada una colaborando con las cosas que sabían hacer. Además hablamos con amigos y conocidos dueños de almacenes y depósitos los cuales nos regalaban telas y les hicimos a los pacientes sabanas y pijamas, así, poco a poco el servicio en el Jácome Valderrama se fue consolidando.”²⁴¹ Doña Leonor y el Dr. Espinel, como hacían parte del comité de belleza de Bucaramanga llevaban las reinas al concurso Nacional de Belleza y tenían la posibilidad de hacer desfiles de moda y de presentación de la reinas, campañas con las cuales se reunían fondos que beneficiaban a los pacientes del Jácome Valderrama.²⁴²

El encargado de los planos y de la construcción del pabellón Jácome Valderrama fue el arquitecto Álvaro Cubides, quien para ese tiempo trabajaba en la Gobernación de Santander. “Esto fue otra casualidad, ya que Pacho había hecho su carrera en medicina en Bogotá y el rural en Don Matías, Antioquia y el doctor

²³⁹ PATIÑO R. Juan Miguel. Entrevista # 3: Leonor Correal de Espinel. Esposa del Dr. Francisco Espinel. Hora de grabación 05:060 p.m. Grabando nombre de archivo: 14102_001. Salive. Bogotá, 29 Octubre de 2014.

²⁴⁰ Ibíd.

²⁴¹ Ibíd.

²⁴² Ibíd.

Cubides después del colegio hizo sus estudios en los Estados Unidos, nunca se habían comunicado. El arquitecto se encontró con mi esposo y resultó que ellos se conocían porque ambos habían estudiado el bachillerato en el Colegio Nacional de San Bartolomé.”²⁴³ Los miembros del Comité Zonal el Dr. Gustavo Mogollón y el Dr. Francisco Espinel, fueron consultados por el arquitecto para la organización de las diferentes secciones que compondrían esta institución de salud.²⁴⁴ El resultado de estas indicaciones proporcionó la conformación de tres pabellones, que se fueron concretando paulatinamente y que cumplirían con las necesidades de un centro de salud, dotado de oficinas, dependencias para mujeres y hombres, y como era correspondiente para la época un pabellón para pensionados.

El día 11 de octubre de 1967, fue inaugurado el pabellón, con la asistencia de todos los miembros de la Liga, el comité zonal, damas voluntarias, autoridades civiles, militares y eclesiásticas....se habló de la gran generosidad de la ciudadanía bumanguesa, de sus industrias, del comercio, así como algunas industrias foráneas, de la Asamblea, de la Junta de Asistencia Social, de las damas que generosamente contribuyeron a la dotación del servicio, y de los particulares que colaboraron en la obra. El Dr. Francisco Espinel hablo a continuación a nombre del Comité Zonal, resaltando la importancia de la obra, que dijo es única en el país, así como la gran actividad de la Liga para llevar a feliz término este servicio.²⁴⁵

Finalmente la administración del servicio quedaba en manos del Hospital San Juan de Dios, el Dr. Espinel informaba a los miembros de la Liga que el hospital tenía listo el convenio con el personal que quedaría a cargo de la asistencia de los pacientes. Igualmente, a la proposición de los señores miembros de la Liga de nombrar a uno de los pabellones o a la sala de cirugía, en homenaje al ilustre médico José Antonio Jácome Valderrama.²⁴⁶ En el acta número 19 del 14 de marzo de 1968, se daba el nombre al servicio hospitalario teniendo en cuenta los múltiples merecimientos de este ilustre médico santandereano, así como por su infatigable esfuerzo por la lucha contra el cáncer en nuestro país.²⁴⁷

Posteriormente, el hospital San Juan de Dios es liquidado y todos sus servicios pasan a formar parte del nuevo hospital Universitario, por lo cual el Pabellón termina bajo la administración del mismo. El 15 de marzo de 1977, el Dr. Gabriel Mestre Sarmiento gerente del Hospital Ramón González Valencia, manifestó a los miembros de la Liga, que dentro de un plan de economías presupuestales, estudiaba seriamente la supresión de las camas del Pabellón Jácome, las cuales ocasionaban un considerable costo para el Hospital. Propuso el Dr. Mestre en la

²⁴³ PATIÑO R. Juan Miguel. Entrevista # 3: Leonor Correal de Espinel. Esposa del Dr. Francisco Espinel. Hora de grabación 05:060 p.m. Grabando nombre de archivo: 14102_001. Salive. Bogotá, 29 Octubre de 2014.

²⁴⁴ LIGA SANTANDEREANA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER. Acta Numero 6. 3 de junio de 1966. Folio 7.

²⁴⁵ *Ibíd.*, Acta Numero 16. 11 de octubre de 1967. Folio 25.

²⁴⁶ *Ibíd.*, Acta Numero 13. 11 de julio de 1967. Folio 22.

²⁴⁷ *Ibíd.*, Acta Numero 19. 14 de marzo de 1968. Folio 30.

misma reunión, que la Liga Santandereana Contra el Cáncer se hiciese cargo del Pabellón, absorbiendo todos los gastos de asistencia y administración, si bien ofrecía colaboración del hospital, en la forma de algunos servicios paraclínicos, transporte de pacientes y mantenimiento de la planta física.²⁴⁸ La negativa de la Liga se da por los altos costos de mantenimiento que esta institución precisa.

El funcionamiento y la manutención del Pabellón se facilitan desde sus inicios por las gestiones de la Liga y los grupos de voluntarias quienes hacían campañas para recoger los fondos con los cuales mantener el servicio. Cuando el pabellón pasa a formar parte del hospital Ramón González Valencia, inicia el declive de esta institución, pues en adelante el hospital le iría recortando presupuesto a la ya insignificante suma con la que funcionaba este lugar. En 1977, tanto el AVAC como las Damas Grises intentan ser sostén de la institución pero los altos costos de mantenimiento hacen que pronto estos grupos declinen en sus intenciones. En adelante el servicio que se prestaba a estos pacientes fue quedando en abandono, el cambio en los sistemas de salud y la cultura ciudadana que por medio de la caridad mantenía a estas instituciones fue perdiendo importancia, y aunque el pabellón siguió por muchos años su marcha, nunca más recibió el valor y la iniciativa de sus primeros años.

D). TRATAMIENTOS ESPECIALES PARA EL CÁNCER (Dotación de Radium para el Departamento de Santander y Equipo de Roentgenterapia Superficial). En los primeros 10 años de servicios de la Unidad de Radioterapia y Cáncer del Hospital San Juan de Dios, la alta demanda de pacientes ocasionó daños considerables en los equipos de radioterapia, igualmente, la actividad de los tubos y agujas de Cobalto con los cuales se hacía la terapia intracavitaria, habían descendido a niveles no utilizables. La Liga Santandereana Contra el Cáncer adquirió 150 miligramos de Radium, en tubos y agujas, que puso a disposición de los pacientes del servicio del Hospital San Juan de Dios. En el año de 1970, el equipo de Roentgenterapia Superficial sufrió daños irreparables quedando por más de cuatro años esta Unidad sin esta indispensable modalidad de Radioterapia. El 18 de septiembre de 1974, el Dr. Espinel informaba a los miembros de la Liga que mediante gestiones realizadas por el Dr. Pardo con UNICANCER de Cali, el equipo había sido adquirido por la Liga y se instalaría nuevamente en el servicio del hospital, dándole continuidad a los tratamientos.²⁴⁹ En el año de 1972 y después de 14 años de servicio permanente el equipo de Roentgenterapia Profunda también queda fuera de uso. Las gestiones para la adquisición del nuevo equipo fueron iniciadas por el Hospital San Juan de Dios y luego continuada por el Hospital Ramón González Valencia. El nuevo equipo un Siemens Stabilipan, llegaría al puerto de Barranquilla donde permaneció por algunos meses, pendiente del pago a la Casa fabricante Siemens de algunas

²⁴⁸ LIGA SANTANDEREANA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER. Acta Numero 91. 15 de marzo de 1977. Folios 124 - 125.

²⁴⁹ *Ibíd.*, Acta Numero 91. 15 de marzo de 1977. Acta Numero 66. 18 de septiembre de 1974. Folio 92.

letras vencidas. Mediante conversaciones entre la entidad AVAC de esta ciudad, las directivas del Hospital González Valencia y la Liga Santandereana de Lucha Contra el Cáncer, AVAC²⁵⁰ se ofreció a cancelar la deuda, “y en tal forma pueda procederse al traslado e instalación del equipo y proporcionar tratamiento eficaz al gran número de enfermos de cáncer que hoy ven cerradas todas sus posibilidades de curación o alivio.”²⁵¹ En materia de equipos, esta fue la última gestión realizada por voluntariado, en adelante los equipos serían asignados por el Plan Nacional de Cáncer.

E). BANCO DE QUIMIOTERAPIA (Drogas especiales para tratamiento de Cáncer).

F). CREACION Y FORMACION DE GRUPOS DE VOLUNTARIAS. Para los programas de Prevención del Cáncer, la Liga y la Unidad del Hospital San Juan de Dios, siempre contó con la activa participación de la Cruz Roja Colombiana, Seccional de Santander, Damas Grises de Bucaramanga del Grupo de Cancerología y grupos de damas de las ciudades de San Gil, Socorro y Barrancabermeja.

G). PARTICIPACION EN LOS PROGRAMAS DE ALCANCE NACIONAL SOBRE EL CÁNCER, mediante acción coordinada con la Liga Colombiana de Lucha Contra el Cáncer. Contó con sede propia en la ciudad de Bucaramanga desde 1961, y ha recibido apoyo de entidades privadas, cívicas y oficiales, así como la colaboración de las Damas Grises de la Cruz Roja, Damas Rosadas y AVAC.²⁵²

La Liga Santandereana de Lucha Contra el Cáncer, cumplió con los programas de asistencia médica y social, investigación, prevención y diagnóstico precoz, los logros alcanzados por esta Institución correspondieron con la activa participación de todos sus miembros; estas actas permiten documentar las actuaciones de sus miembros en relación con la sociedad y la enfermedad. Estos personajes prestaron su colaboración a los múltiples problemas que encaminaban los tratamientos contra el cáncer en la región con dedicación y eficacia; al final los resultados de su esfuerzo quedarían establecidos en la programación del nuevo proyecto de una Unidad de Radioterapia para el oriente colombiano, el cual tomó su curso con la elaboración de un moderno edificio en el cual se realizarían tratamientos los diferentes tratamientos contra la enfermedad.

²⁵⁰ LIGA SANTANDEREANA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER. Acta Numero 66. 18 de septiembre de 1974. Folio 92.

* AVAC desea y está dispuesto a ayudar económicamente en lo referente a financiación de equipos. Las señoras de AVAC decidieron cancelar la deuda a Siemens y salvar el equipo de Roentgenterapia Profunda. Cancelar la deuda que castiga el equipo de RX Profundos, en bodega de Barranquilla, deuda del Hospital González Valencia a favor de la Siemens y que puede estar cercana a los \$400.000.oo.

²⁵¹ LIGA SANTANDEREANA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER: Unidad de Cobalto y Servicio de Radioterapia para el Oriente de Colombia. Bucaramanga, Septiembre de 1974. Folio 6.

²⁵² *Ibíd.* Folios 8 - 9.

4.4 INICIATIVAS HACIA LA NUEVA UNIDAD DE CÁNCER

Manifestó el Dr. Enrique Constantin que la especialización en radioterapia por parte de sus colegas en universidades de Canadá, Estados Unidos, Francia, Brasil, permitió adquirir conocimientos de las mejores escuelas e iniciar con una concepción nueva, la Teleterapia de Supervoltaje en Colombia; “gracias a que a partir de 1962, el Instituto Nacional de Cancerología, dispuso de una Unidad de Cobalto marca Picker, donada por la Comisión Estadounidense de Energía Atómica dentro del programa Átomos para la Paz, lo que se consiguió mediante las gestiones que adelantaron Jaime Cortázar, Mario Gaitán y Efraím Otero quien por entonces terminaba su especialización en endocrinología y Medicina Nuclear en ese país.”²⁵³ Desde entonces los equipos de Cobaltoterapia modificaron las técnicas y aun las indicaciones de la radioterapia, ya que permitía alcanzar tumores profundos con dosis antes no imaginadas.

La primera iniciativa de crear una nueva unidad para Bucaramanga, que reuniera una gran cantidad de aspectos con miras a mejorar el servicio y a favorecer a los pacientes se encontró en el libro de actas de la Liga Santandereana de Lucha Contra el Cáncer. Allí, por el año de 1968, en una junta administrativa, el doctor Espinel expuso al resto de los miembros, que era de gran conveniencia para el servicio de cancerología de la región obtener una máquina de Cobalto – 60, por la gran cantidad de pacientes que se podrían tratar con este nuevo equipo, así como por los bajos efectos secundarios que este tipo de radiaciones provocaba a los pacientes.²⁵⁴ Así mismo, el Dr. Espinel informaba “sobre el ofrecimiento hecho por el Gobierno del Canadá para poder dotar a la ciudad de una Bomba de Cobalto, el plazo que ofrecen es de 20 años con un interés muy bajo, pero debe haber una entidad gubernativa que se encargue de este préstamo. Se propone interesar a la Asistencia sobre el particular.”²⁵⁵ Pensar en esta nueva tecnología, significaba preocuparse por enriquecer el servicio, pues incluir este equipo entre el inventario del Hospital, acarrearía ampliar y adecuar el local o buscar un lugar conveniente para realizar los tratamientos.

Casi un año después de hecha esta sugerencia, el Dr. Espinel informaba a la Liga sobre la posibilidad existente de conseguir con ciertas entidades de Alemania o de otros países una Bomba de Cobalto. Esta vez la propuesta a la junta iría acompañada de una cotización. “El aparato modelo R-60 Siemens Gamatrón valdría aproximadamente U.S. 28.000.00 y la capsula de Radium tendría un valor de U.S. 15.000.00. La Liga por intermedio de su vicepresidente don Jorge Vargas C. sometió a votación el proyecto sobre consecución de la Bomba de Cobalto el

²⁵³ CONSTANTIN JIMÉNEZ, Enrique. La radioterapia en Colombia, Los maestros de la radioterapia. Revista Colombiana de Cancerología. Volumen 4. Número 1. Bogotá 2000. p. 9.

²⁵⁴ LIGA SANTANDEREANA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER. Acta Numero 20. 2 de abril de 1968. Folio 32.

²⁵⁵ *Ibíd.*

cual fue aprobado por unanimidad.”²⁵⁶ La Liga como entidad particular, respaldaría la parte económica de estas negociaciones y se haría cargo de los gastos de instalación que demandara este aparato. Este tipo de sugerencias las hacía el Dr. Espinel apoyado en sus cercanas relaciones con el Instituto Nacional de Cancerología, pues él ya tenía el conocimiento de los tratamientos y de la alta demanda de pacientes tratados con cobaltoterapia. Además, el Dr. sabía que en este proceso podían mediar los nuevos organismos responsables de regular los tratamientos contra el cáncer en el país. A la cabeza del Estado estaba el Instituto Nacional de Cancerología y el Comité Nacional, y por el Departamento ya existía el Comité Zonal, el Servicio Seccional de Salud de Santander y la Liga.

El día 14 de octubre de 1969:

El secretario de la Liga Dr. Francisco Espinel, coordinador del Comité Zonal de Santander, informa sobre el proyecto de reestructuración del Comité Nacional y los Comités Zonales, según informes presentados en Cali por el Dr. Mario Gaitán Yanguas y mediante la cual el Comité Nacional de Lucha Contra el Cáncer quedara como una sección del Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá, y los Comités Zonales dependerán directamente del mismo instituto.²⁵⁷

Al ser nombrado como una sección del Instituto, el comité Nacional organismo dependiente del Ministerio de Salud Pública, que fuera creado con el fin de planear, organizar y realizar la campaña de cáncer en el país, pasa a ser un organismo asesor, con el cual el Instituto tendría la necesidad de crear una política coherente de atención al paciente con cáncer. Un plan que considerara las necesidades de los recursos humanos y materiales a nivel nacional, que permitiera el desarrollo de las actividades tendientes al control del cáncer. Con estos conocimientos el Dr. Espinel en conjunto con la Liga gestionan para Bucaramanga ya no la consecución de un equipo de Cobaltoterapia, sino que se inician los proyectos para la creación de una nueva unidad de cáncer para Santander.

4.5 UNA NECESIDAD FUNDAMENTAL: PLANEACIÓN Y CENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DEL DEPARTAMENTO DE RADIOTERAPIA

El Dr. Espinel es llamado en el año de 1968, por la Junta Constructora a intervenir en la planeación de lo que sería la unidad de Radioterapia para el nuevo Hospital Universitario Ramón González Valencia, en cuanto a su local y dotación. La experiencia adquirida en el Instituto Nacional de Cancerología, así como la participación del Dr. Francisco Espinel Salive, en la creación y coordinación de la

²⁵⁶ LIGA SANTANDEREANA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER. Acta Numero 20. 2 de abril de 1968. Folio 38.

²⁵⁷ *Ibíd.*, Folio 46.

unidad del Hospital San Juan de Dios de Bucaramanga y en las diferentes entidades que se conformaron para luchar contra el cáncer en la región, sirven para entender la relación²⁵⁸ directa y paralela del servicio tecnológico con la enfermedad y el beneficio que le brindaría a los pacientes si todos los servicios se encontraran agrupados en un solo lugar. En cuatro puntos el Dr. Espinel les presentó las funciones que cumple cada sección dentro de un departamento de radioterapia y cáncer, recalcando como útil y recomendable, la centralización de sus servicios. Este planteamiento debía ser asumido por la Junta para hacer una Unidad conforme y coherente con las necesidades de diagnóstico y tratamiento.

SECCIÓN DE CONSULTA: Recibe las consultas de la especialidad, solicitada por los diferentes Servicios y Secciones del Hospital (Consulta Interdepartamental). Estas consultas se refieren tanto a casos de neoplasias malignas, cáncer, como a casos de afecciones no tumorales cuyo tratamiento está relacionado en una u otra forma con la Radioterapia. La Radioterapia tiene participación, en términos generales, en el 50 % de los casos de Cáncer, ya sea como medida terapéutica exclusiva o como terapia complementaria de la cirugía.

Tiene lugar también en esta Sección, las consultas de control de los pacientes que se hallan bajo tratamiento especializado y de aquellos que, habiendo sido ya tratados, deben ser mantenidos bajo vigilancia periódica estricta.

También se desempeñan en esta Sección algunos servicios de enfermería especial y la administración de drogas que exigen estricta vigilancia y óptimo control. Finalmente, se efectúan algunos procedimientos quirúrgicos menores, tales como biopsias de tumores superficiales, electrocoagulación, etc.

SECCIÓN DE TRATAMIENTOS: Comprende las instalaciones destinadas a las diferentes actividades de la Radioterapia: Equipos de tratamientos con Rayos X (Roentgenterapia Superficial y Profunda de ortovoltaje) y los Equipos de Supervoltaje o Telecurieterapia, tales como las Unidades de Cobalto (Bomba de Cobalto) cuyo empleo es hoy rutinario. Puede incluirse en esta Sección lo referente al almacenamiento del Radium o de los elementos radioactivos empleados como sus sucedáneos y la Sección de Isótopos Radioactivos, esta última como plan para el futuro, pero cuya programación debe ser completada en el proyecto.

SECCIÓN HOSPITALARIA.- Los pacientes sometidos a tratamientos especiales para los cuales es obligatoria la hospitalización, tales como la aplicación de Radium, así como los pacientes que reciben Radioterapia post-operatoria

²⁵⁸ ARCHIVO UNIDAD DE ONCOLOGÍA Y RADIOTERAPIA DEL HOSPITAL RAMÓN GONZÁLEZ VALENCIA. Carta Inédita, enviada por Francisco Espinel a el Señor Pedro María Buitrago, Junta Constructora del HURGV. 30 de octubre de 1968. Folio #1.

^{*} Como lo expresaba el doctor Espinel "la relación entre Radioterapia y Cáncer es tan íntima y real que es imposible desligar la una del otro en cualquier programa asistencial o docente".

inmediata y aquellos cuyo estado no hace posible llevar a cabo el tratamiento en forma ambulatoria, constituyen esta Sección que podría denominarse como “Pacientes Hospitalizados”.

Aunque estos pacientes podrían estar ubicados dentro de los Servicios o Salas Generales del Hospital, es práctica muy aconsejable la centralización de los enfermos de cáncer en Servicios especiales, Médicos y Quirúrgicos, con lo cual se facilita su atención integral y óptima, así como la valorización de las diversas técnicas de tratamiento y el control posterior de los casos.

ACTIVIDADES ANEXAS.- Como ya ha quedado expuesto, es recomendable la centralización de los Servicios de Radioterapia y Cáncer. Por tal circunstancia, el Departamento de Radioterapia es usualmente centro de diversas actividades anexas, tales como:

- Programas de docencia o investigación, en estrecha relación con otros Departamentos del Hospital.
- Organización y oficinas de la Clínica de Tumores.
- Campañas Nacional y Zonal de lucha contra el cáncer.
- Comité Zonal y Liga Zonal de Lucha contra el Cáncer.
- Programas de Prevención del Cáncer, etc.²⁵⁹

Al plantear la centralización de los servicios, este hacía referencia a que la Unidad estuviera conformada de tal manera que los pacientes no estuvieran entre dependencias, perdiendo tiempo valioso para el tratamiento, sino que la Unidad tuviera la capacidad de albergar todos los servicios para un control más efectivo de la enfermedad. Para ser más específicos, vista la relación entre Radioterapia y cáncer por el doctor Espinel, en el nuevo Hospital General era útil y recomendable, diseñar un espacio adecuado donde se pudieran llevar a cabo todas las funciones que este desempeñaba dentro y fuera del Departamento de Radioterapia del Hospital San Juan de Dios. También, explicaba el Dr. Espinel, anexar un servicio de radioterapia para el hospital era una vinculación muy importante porque, “el amplio campo de acción de la Radioterapia la liga estrechamente prácticamente a todas las demás especialidades médicas y quirúrgicas y, por ende, a todos los Servicios Hospitalarios.”²⁶⁰

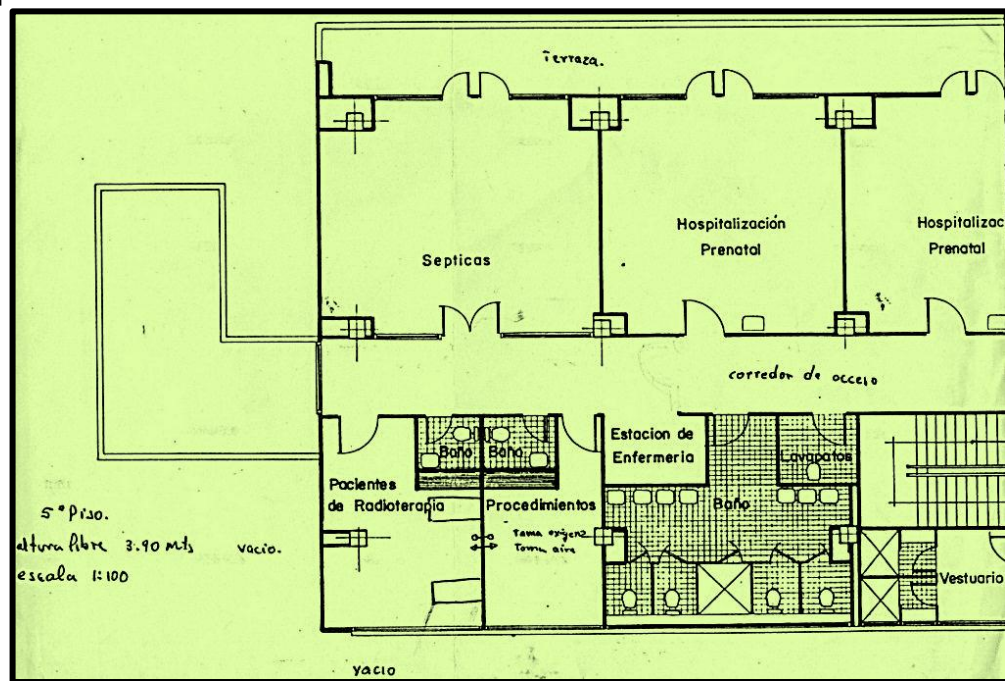
Después de exponer las razones por las cuales el Departamento de Radioterapia debía ser centralizado, el doctor Espinel, hace una planeación en cuanto al local para la nueva área de Radioterapia. En adelante a la Junta Constructora del Hospital le correspondía contemplar las indicaciones programadas por el doctor,

²⁵⁹ ARCHIVO UNIDAD DE ONCOLOGÍA Y RADIOTERAPIA DEL HOSPITAL RAMÓN GONZÁLEZ VALENCIA. Carta Inédita, enviada por Francisco Espinel a el Señor Pedro María Buitrago, Junta Constructora del HURGV. 30 de octubre de 1968. Folios 1 -2.

²⁶⁰ *Ibíd.*

ya que estas advertían ampliaciones en un futuro no muy lejano. La primera de las razones giraba en torno al aumento demográfico, ya que como el doctor Espinel veía en sus estadísticas “es principio aceptado que para una población de 1`000.000 de habitantes se requiere la creación de un Centro completo de Radioterapia. La zona de influencia de Bucaramanga, es decir, del Hospital González Valencia, abarca una población que sobrepasa ampliamente el millón de habitantes”.²⁶¹ La segunda comprendería la instalación de nueva tecnología y por último, la creación de nuevos servicios como la Física Radiológica, el Banco de Quimioterapia y la Investigación.

Foto 28. Plano de la primera propuesta de la ubicación de la Unidad en el edificio principal del HRGV.



Fuente: LIGA SANTANDEREANA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER: Unidad de Cobalto y Servicio de Radioterapia para el Oriente de Colombia. Bucaramanga, Septiembre de 1974. F

En un primer plano encontrado en sus archivos, se observa que la Junta Constructora pensó en algún momento hacer la unidad en el quinto piso del edificio central del HURGV, pero también se hallaron otros planos que proponían el ala izquierda del HURGV (ver imagen anexa) donde actualmente se encuentra ubicado, la razón estaría basada en la ejecución del Plan Nacional de Cáncer donde los planos de construcción tendrían que contemplar las áreas para

²⁶¹ ARCHIVO UNIDAD DE ONCOLOGÍA Y RADIOTERAPIA DEL HOSPITAL RAMÓN GONZÁLEZ VALENCIA. Carta Inédita, enviada por Francisco Espinel a el Señor Pedro María Buitrago, Junta Constructora del HURGV. 30 de octubre de 1968. Folios 1 -2.

Cobaltoterapia y Medicina Nuclear, requeridos por el Instituto Nacional de Cancerología y por el Fondo Nacional Hospitalario.

“El Departamento debe contar con instalaciones cómodas y suficientes para los pacientes, los médicos y el personal técnico y auxiliar: salas de espera, oficinas de consulta, de examen, de planeación de tratamientos, de física radiológica, etc., etc.”.²⁶² Este hizo las observaciones del plano enviado por la Junta Constructora y recomendó que, “esta necesita ser modificada para adaptarla al criterio de centralización de Servicios de Radioterapia y Cáncer, ya que la distribución programada contempla exclusivamente la Sección de Tratamientos”.²⁶³ Y aunque el doctor recalco en la importancia de la ampliación de la Unidad, en últimas fue construida una primera etapa donde se contempla solo los salones para los equipos de radioterapia.

Foto 29. Plano de la primera propuesta de la ubicación de la Unidad en HRGV y la ciudad de Bucaramanga



Fuente: LIGA SANTANDEREANA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER: Unidad de Cobalto y Servicio de Radioterapia para el Oriente de Colombia. Bucaramanga, Septiembre de 1974.

En cuanto a Equipos, el Dr. Espinel consideraba que para el funcionamiento adecuado de la Unidad debía ser tomada como referencia la experiencia obtenida durante los 10 años al frente del servicio de Radioterapia del Hospital San Juan de Dios, así como los protocolos vigentes para el tratamiento del Cáncer en el país, siendo requerida como mínima la siguiente dotación:

²⁶² ARCHIVO UNIDAD DE ONCOLOGÍA Y RADIOTERAPIA DEL HOSPITAL RAMÓN GONZÁLEZ VALENCIA. Carta Inédita, enviada por Francisco Espinel a el Señor Pedro María Buitrago, Junta Constructora del HURGV. 30 de octubre de 1968. Folio #2.

²⁶³ *Ibíd.*, Folio #2.

- (1) Equipo de Radioterapia Superficial.
- (2) Equipo de Radioterapia Profunda (Ortovoltaje).
- (3) Unidad de Teleterapia de Supervoltaje (Bomba de Cobalto 60).
- (4) Dotación de Radium (Curieterapia).

En cuanto al punto (4), Bucaramanga cuenta con una dotación que puede considerarse suficiente de Radium (150 miligramos, distribuidos en tubos y agujas), conseguida por la Liga Santandereana de Lucha Contra el Cáncer y puesta al servicio de los enfermos del Departamento.²⁶⁴

Para justificar sus opiniones a la Junta Constructora del HURGV en pro de la construcción del Departamento de Radioterapia, el doctor Espinel expuso los datos estadísticos originados en el Hospital San Juan de Dios. Sus datos “dan idea clara del problema del Cáncer, tanto en el país como en el Departamento de Santander”.²⁶⁵ Para presentar la incidencia del cáncer en Colombia, el doctor Espinel, se basó en el censo de 1965, el cual señalaba que el país contaba con 18’044.159 de habitantes, y que para esta fecha el número de casos nuevos informados al Registro Nacional de cáncer era de 7.524. Así mismo expuso la incidencia del cáncer en Santander, estos registros fueron tomados exclusivamente del Departamento de Radioterapia del Hospital San Juan de Dios. Para este informe el doctor se basó en el periodo comprendido entre octubre de 1958 a Septiembre de 1968, y allí expuso el número total de pacientes atendidos en Departamento de Radioterapia y cáncer.

Número de casos de Cáncer (hasta Sep. – 68)	2.097
Número de afecciones no malignas vistas_____	1.135
	3.232

Número de Tratamientos de Rayos X Profundos	1.479
Número de Tratamientos de Rayos X Superficiales_____	843
	2.322

Número de Tratamientos con Cobalto – 60 (tubos)	427
Número de Tratamientos con Radium_____	37
	464

Nota.- Cobalto 60 en tubos y agujas.

Radium, a partir de Marzo – 68.

Movimientos de personas en Rayos X Profundos	20.417
Movimientos de personas en rayos X Superficiales_____	14.038
	34.455 ²⁶⁶

²⁶⁴ ARCHIVO UNIDAD DE ONCOLOGÍA Y RADIOTERAPIA DEL HOSPITAL RAMÓN GONZÁLEZ VALENCIA. Carta Inédita, enviada por Francisco Espinel a el Señor Pedro María Buitrago, Junta Constructora del HURGV. 30 de octubre de 1968. Folio #3.

²⁶⁵ Ibíd.

²⁶⁶ Ibíd., Folio 4.

El 30 de julio de 1971, Gabriel Castillo Blanco Director junta administradora del Hospital Universitario Ramón González Valencia, le comunica al Dr. Espinel que están actualizando las listas de equipos para la dotación de las instalaciones. “Por tal motivo, le agradeceríamos al doctor Espinel, nos enviara una lista de equipos y de materiales necesarios con las especificaciones técnicas requeridas, (dimensiones, capacidad, tipo, etc.), para dotar un departamento de Radioterapia.”²⁶⁷ La carta de respuesta se transcribe idéntica a la original. Su importancia radica en que está expone el ejercicio profesional y, a su vez, determina la relación del Dr. Espinel con la sociedad, la tecnología y el sistema de salud, mostrando logros concretos como servidor de la comunidad.

DR. FRANCISCO ESPINEL SALIVE
Bucaramanga, Agosto 4 de 1971

Señor Doctor
GABRIEL CASTILLO BLANCO
Director Hospital
Ramón González Valencia
E. S. D.

Apreciado Doctor Castillo:

Con referencia a su amable carta del pasado 30 de Julio, le estoy adjuntando una copia del informe que presentáramos a la “Junta Constructora del Hospital González Valencia” en el mes de Octubre de 1968, sobre un proyecto para el Departamento de Radioterapia.

La complejidad inherente a equipos y accesorios, la diversidad de modelos y de características técnicas, etc., etc., hacen realmente imposible elaborar una lista de los equipos y materiales, con especificaciones técnicas y demás, como la que amablemente Usted me solicita. Por otra parte, es del caso anotar que el Departamento de Radioterapia es quizás la única parte que no ha sido construida en el edificio del Hospital Ramón González Valencia. A este respecto, en el informe adjunto se hacen algunos comentarios sobre el proyecto arquitectónico.

Es digno del más sincero elogio el hecho de que la actual Junta del Hospital González Valencia haya tomado en cuenta la extraordinaria necesidad del Departamento de Radioterapia, o quizás sería mejor decir de la Unidad para el diagnóstico y Tratamiento del Cáncer,

²⁶⁷ ARCHIVO UNIDAD DE ONCOLOGÍA Y RADIOTERAPIA DEL HOSPITAL RAMÓN GONZÁLEZ VALENCIA. Carta Inédita, enviada al Dr. Francisco Espinel Salive, por la Junta Administradora del Hospital Universitario Ramón González Valencia. 30 de julio de 1971. Folio 1.

entidad que constituye un muy alto porcentaje del trabajo de un Hospital General. A propósito, me permito adjuntarle un pequeño análisis que elaboráramos con base a la incidencia de cáncer en el Departamento de Santander durante el año de 1970, advirtiendo que corresponde a los casos confirmados mediante estudio histopatológico, es decir, que no se contempla el elevado número de casos que no llegaron a confirmarse por muy diversas causas.

La creación de un Departamento de Radioterapia es un proyecto que abarca numerosos campos: arquitectónicos, médicos, físicos, etc., los cuales deben ser considerados muy cuidadosamente. Personalmente, tengo el mayor gusto en ofrecer a Usted mi modesta colaboración, como ya lo hice en pasada oportunidad a la Junta administradora del Hospital. Le ruego considerarme a disposición para las conversaciones iniciales pertinentes.

Con manifestaciones de mi más alta consideración, quedo de Usted y de la Honorable Junta,

Atto., S., S., Francisco Espinel Salive²⁶⁸

La participación del doctor Espinel en la consecución de las entidades para luchar contra el cáncer en la región, fueron producto de su conocimiento médico, este le sirvió para cumplir eficazmente con su función social, igualmente, le confirió la capacidad de dar respuesta a los problemas asociados con la enfermedad, ya que, al ser institucionalizada la radioterapia en Santander, le facilitaba más recursos, pues los altos costos para llegar a un diagnóstico o un tratamiento eran difíciles por la falta de los equipos necesarios. Se puede afirmar que la nueva unidad de oncología para el Hospital Universitario Ramón González Valencia, fue motivada primero, por una transición tecnológica que incluía, por un lado, el incremento del número de innovaciones destinadas a la prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad y sus aplicaciones sanitarias. Segundo, por la construcción del mismo hospital, en cuyo proyecto inicial se contempla la construcción de un servicio de radioterapia como parte integral del hospital, que incluía la instalación de una Unidad de Telecobaltoterapia.²⁶⁹

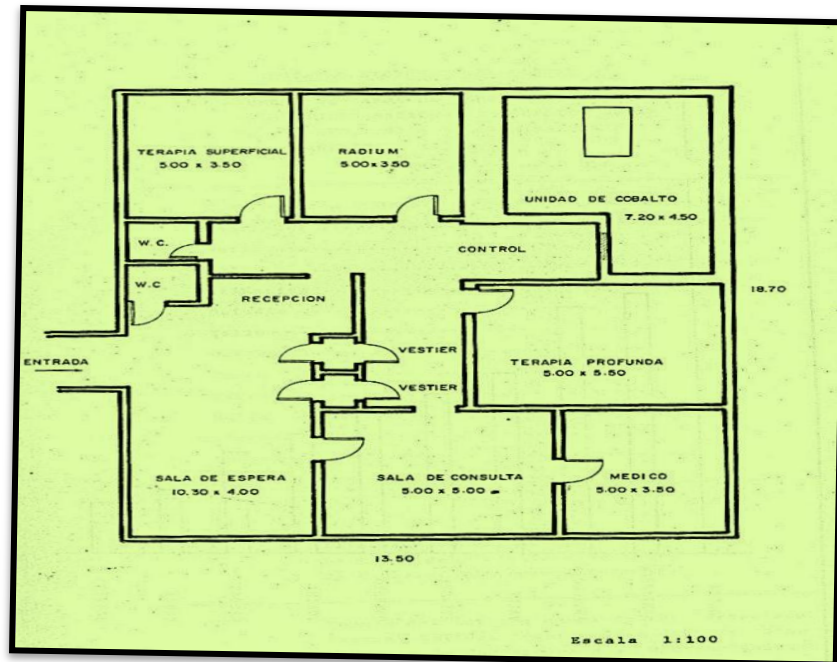
Hacia el año de 1964 ya se habían hecho proyecciones de un servicio de radioterapia para el González Valencia, pero para ese tiempo el costo de la edificación influyó en que no fuera considerado por la Junta Constructora del Hospital. De acuerdo con aquel proyecto el edificio estuvo pensado en “dos

²⁶⁸ ARCHIVO UNIDAD DE ONCOLOGÍA Y RADIOTERAPIA DEL HOSPITAL RAMÓN GONZÁLEZ VALENCIA. Carta Inédita, enviada por el Dr. Francisco Espinel Salive, a la Junta Administradora del Hospital Universitario Ramón González Valencia. 30 de julio de 1971. Folio 1.

²⁶⁹ LIGA SANTANDEREANA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER. Unidad de Cobalto y Servicio de Radioterapia para el Oriente de Colombia. Bucaramanga, Septiembre de 1974. Folio 5.

plantas: la primera destinada exclusivamente a la Bomba de Cobalto, la segunda a los servicios generales y de tratamiento de Rayos X y Radium. Hay un gran espacio perdido tanto en el primero como en el segundo piso, por ese motivo se ha pensado en una construcción más económica y funcional que permitiera su realización rápida.”²⁷⁰ Pero también tenían pensado un plan B, diseño alternativo que contemplaba las necesidades del servicio, que comprendía en líneas generales los espacios para la unidad de Cobalto, Rayos X para tratamiento profundo, Rayos X para tratamiento superficial, Radium, un consultorio médico con su correspondiente sala de examen, una sala de espera, vestier, sanitarios y recepción.²⁷¹ Finalmente en 1979, la unidad de oncología fue inaugurada con este diseño, la ampliación se haría en el año de 1984.

Foto 30. Plano de la ampliación de la Unidad en HRGV 1984.



Fuente: LIGA SANTANDEREANA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER: Unidad de Cobalto y Servicio de Radioterapia para el Oriente de Colombia. Bucaramanga, Septiembre de 1974.

En el año de 1974, tras haber renovado parte de los equipos de la Unidad de Radioterapia del Hospital San Juan de Dios, La Liga Santandereana contra el cáncer, con el Dr. Espinel como su coordinador hacen un plan con el cual pretendían adquirir una Bomba de Cobalto, así como, integrar el servicio de Radioterapia para Bucaramanga, tal proyecto se designó Unidad de Cobalto y Servicio de Radioterapia para el Oriente de Colombia. Este servicio sería ubicado

²⁷⁰ ARCHIVO UNIDAD DE ONCOLOGÍA Y RADIOTERAPIA DEL HOSPITAL RAMÓN GONZÁLEZ VALENCIA. Carta Inédita, enviada por Francisco Espinel a el Señor Pedro María Buitrago, Junta Constructora del HURGV. 30 de octubre de 1968. Folio 16.

²⁷¹ *Ibíd.*, Folio 16 – 17.

en la parte sur, en un pabellón anexo al Hospital Ramón González Valencia, pues como ya se había mencionado anteriormente, el viejo hospital carecía de los servicios generales, laboratorios y no cumplía con las características para la instalación de este equipo. Con este recurso se pretendía seguir tratando pacientes en su mayoría de muy bajos ingresos, así como pacientes de zonas campesinas que no tenían capacidad económica para trasladarse a otras ciudades que si contaban con servicios completos de radioterapia. Otra justificación de este plan fue el desprestigio que estaban sufriendo los sectores oficiales y la Liga de Cáncer, quienes después de iniciadas las campañas de educación y diagnóstico precoz, no poseían los recursos terapéuticos para tratar los casos confirmados, siendo la muerte una consecuencia considerable por la falta de los tratamientos adecuados.²⁷²

Los dineros para la financiación de este proyecto fueron solicitados al Ministerio de Salud Pública, al Fondo Nacional Hospitalario y a Planeación Nacional, la intención era contar con una partida para iniciar los trabajos de construcción en el año de 1975. Para ese año, Planeación Nacional en su presupuesto, aprobó una partida de \$500.000, con la cual, realizarían lo correspondiente al servicio de Cobaltoterapia, la propuesta incluía un diseño básico con dos alternativas:

(A) – Área mínima de 250 Mts. Cuadrados que comprende, un Bunker de muros y placas de gran espesor, con área aproximada de 40 Mts. Cuadrados y con un costo unitario de \$3.500 m2.	
	\$140.000.00
210 m2 para el resto de la construcción.	480.000.00
Desagües y obras anexas.	<u>60.000.00</u>
Total alternativa (A)	\$ 680.000.00
(B) – Diseño semejante al anterior pero con salida independiente para la consulta externa. Área construida aproximada: 300 m2.	
Bunker	\$ 140.000.00
260 m2 resto de construcción	600.000.00
Obras anexas	
<u>60.000.00</u>	
Total alternativa (B)	\$ 800.000.00

Con la primera partida de \$500.000.00 es factible hacer la obra negra total y el Bunker para dar al servicio la unidad de cobalto en el plazo propuesto.²⁷³

La importancia de la integración de un servicio de radioterapia para Santander y su centro en Bucaramanga, fue, que en ellos convergió comercial y geográficamente una importante región del país que comprendía toda la parte

²⁷² ARCHIVO UNIDAD DE ONCOLOGÍA Y RADIOTERAPIA DEL HOSPITAL RAMÓN GONZÁLEZ VALENCIA. Carta Inédita, enviada por Francisco Espinel a el Señor Pedro María Buitrago, Junta Constructora del HURGV. 30 de octubre de 1968. Folio 9 - 10.

²⁷³ *Ibíd.*, Folio 18.

oriental de Colombia y desde 1958, los pacientes de estas zonas fueron quienes finalmente recibieron sus beneficios.

Mapa 1. Zona de influencia de un centro de Radioterapia en Bucaramanga



Fuente: LIGA SANTANDEREANA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER: Unidad de Cobalto y Servicio de Radioterapia para el Oriente de Colombia. Bucaramanga, Septiembre de 1974. Folios 10 - 11.

Las vías de comunicación que unen la zona con su centro en Bucaramanga comprenden por una parte el Ferrocarril Bucaramanga – Puerto Wilches en conexión con el Ferrocarril del Atlántico cuya zona de influencia se prolonga desde el territorio Vásquez hasta las Sabanas de Bolívar.

En segundo lugar las carreteras pavimentadas que unen a Bucaramanga con la capital de la República, con la Frontera Venezolana con el Centro Petrolero de Barrancabermeja y con la Costa Atlántica, constituyen la espina dorsal de la comunicación de toda la zona. Hay además otras que sin ser pavimentadas son de gran importancia, entre ellas las de Bucaramanga – Málaga que conecta con la antigua carretera central del Norte y da paso a la provincia de Gutiérrez (Cocuy) y Soata hacia la capital de Santander.²⁷⁴

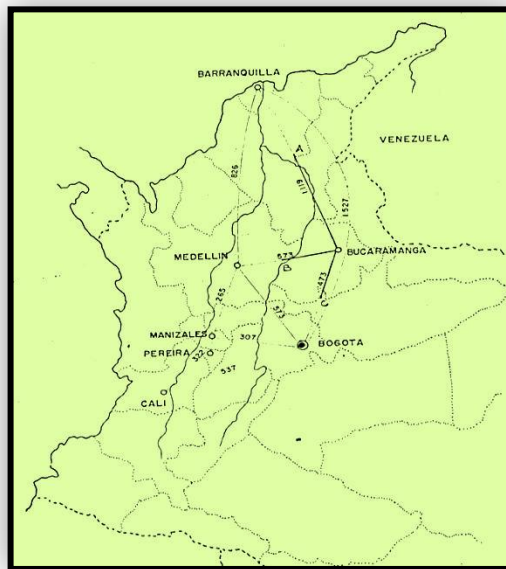
²⁷⁴ LIGA SANTANDEREANA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER. Unidad de Cobalto y Servicio de Radioterapia para el Oriente de Colombia. Bucaramanga, Septiembre de 1974. Folios 10 - 11.

Teniendo en cuenta que se trata de una zona geográfica cuyas vías convergen hacia la capital de Santander fueron trazados como límites a esta zona los siguientes.

- Por el oriente la Frontera con Venezuela desde el Arauca hasta el Cesar.
- Por el norte la distancia media con Barranquilla.
- Por el occidente el Valle del Magdalena en los Departamentos de Bolívar y Antioquia.
- Por el sur partiendo del punto medio de la distancia con Medellín y el punto medio de la distancia con Bogotá, se toma como límite la parte alta más elevada de la Cordillera Oriental desde el Páramo de la Rusia hasta el Páramo del Almorzadero.²⁷⁵

Así mismo, establecieron una red teórica de triangulación entre los centros de radioterapia que poseía el país en ese momento, para con ella hacer un análisis de las distancias entre las Unidades de radioterapia y así determinar que triangulo presentaba mayor desatención dentro de este cubrimiento por carencia de tecnología.

Mapa 2. Distancias entre centros de radioterapia y determinación de límites.



Fuente: LIGA SANTANDEREANA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER: Unidad de Cobalto y Servicio de Radioterapia para el Oriente de Colombia. Bucaramanga, Septiembre de 1974. Folios 10 - 11

²⁷⁵ LIGA SANTANDEREANA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER. Unidad de Cobalto y Servicio de Radioterapia para el Oriente de Colombia. Bucaramanga, Septiembre de 1974. Pág. 11 – 12.

Con este triángulo de ubicación de la Zona Oriental de Colombia con centro en Bucaramanga demostraron que “los tres puntos A, B, C, que sirven de base a la determinación del perímetro de la Zona Oriental corresponden a la distancia media entre Bucaramanga – Barranquilla (A) Bucaramanga - Medellín (B) Bucaramanga – Bogotá (C)” por el número de habitantes 2’974. 000 entre Santander, Norte de Santander, Parte de Boyacá, Parte del Cesar y parte de Antioquia y dada la incidencia nacional, la mayor parte de estos casos no podrán ser tratados por falta de equipos y por la carencia de una unidad de Cobalto – 60.^{276*}

La necesidad de este servicio para el Oriente de Colombia era evidente, primero por la gran área que cubría, segundo, por el número de pacientes que en ella residían, tercero, por la desigualdad de este servicio con relación a otras zonas del país, cuarto, porque el servicio en el Hospital San Juan de Dios no contaba con todos los equipos, por lo cual se obligaba a los pacientes a acudir a Bogotá para hacerse los tratamientos completos contra el cáncer. En conclusión se puede afirmar que la creación de este servicio era necesaria y urgente, ya que con la implementación de nuevos servicios y el mejoramiento de los existentes se ajustaban las propuestas del doctor Espinel en cuanto a la centralización de un Instituto para el tratamiento del cáncer en la región.

4.6 PLAN NACIONAL DE CÁNCER 1975

La situación anteriormente expuesta aumentaba la problemática en el campo de la salud y de la atención médica del país, el hecho de que solo existiera una institución oficial que cumpliera con las especificaciones para combatir esta enfermedad, opacaban las campañas adelantadas en esta materia. Ante tal escasez decía Ospina Lugo “ha sido necesario crear una política coherente de atención al paciente con cáncer. No se puede pretender enfrentar este reto con un solo hospital especializado y con algunos pocos centros escasamente dotados. No se puede seguir obligando a nuestros pacientes, el 90% de los cuales pertenece a las clases económicamente marginadas, a desplazarse por centenares de kilómetros en busca de un tratamiento, el cual en muchos casos no se puede dar en forma adecuada o en ninguna.²⁷⁷ Las actividades y planes presentados por el Instituto serían el medio con el cual mejorar los servicios de atención médica en las diferentes regiones y sus resultados se verían a escala nacional.

En Santander las actividades adelantadas por los miembros de la Liga, sumadas al esfuerzo del Estado por adelantar las actividades de control de la enfermedad

²⁷⁶ LIGA SANTANDEREANA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER. Unidad de Cobalto y Servicio de Radioterapia para el Oriente de Colombia. Bucaramanga, Septiembre de 1974. P. 12 -13.

* Estos datos fueron tomados de las proyecciones del DANE para fines de 1974 que daban un total para Colombia de 25.800.000 habitantes. La diferencia corresponde a zonas de difícil acceso que se consideran hoy completamente desatendidas.

²⁷⁷ OSPINA LUGO, Julio E. Instituto Nacional de Cancerología esbozo histórico y situación actual. Revista del Instituto Nacional de Cancerología de Colombia. Volumen 1. Número 2. Bogotá 1980. p. 102.

en el país, traerían como resultado una institución útil, con prácticas positivas en favor de la comunidad. Con el Plan Nacional de Cáncer, el Ministerio de Salud por intermedio del Instituto Nacional de Cancerología, haría llegar los recursos necesarios con los cuales terminar la nueva unidad para el oriente colombiano, así como la adecuación de recursos para las otras zonales con las cuales se descentralizaban las actividades asistenciales del Instituto. El Dr. Julio Ospina lo expresó de la siguiente manera: “Este plan es el producto de un concienzudo análisis de las posibilidades del país, de los recursos existentes en la lucha contra el cáncer y de la posición real del Instituto Nacional de Cancerología en Bogotá y en la Nación. Se ha basado en estadísticas de la División de Epidemiología del Instituto sobre morbilidad del cáncer; ha mantenido en cuenta las características geográficas y sociales de cada zona, los tipos de tumores predominantes en ellas, los recursos materiales existentes y por sobre todo los recursos humanos.”²⁷⁸

¿Cómo surge la idea del Plan de cáncer? Desde el mismo nacimiento del Instituto Nacional de Radium, los diferentes directores fueron acordando planes con el gobierno nacional. De estos planes se desprendieron algunas entidades con las que se emprendieron las campañas a nivel nacional, entre estas se cuentan los Comités de Lucha Contra el Cáncer, los Comités Zonales, la Liga Colombiana de Lucha Contra el Cáncer, las Ligas Regionales de lucha contra el cáncer, todas estas acciones y las legislaciones siempre fueron de la mano del Ministerio de Salud y nunca obtuvieron los recursos humanos y técnicos necesarios para satisfacer la demanda de pacientes. Se puede decir que con el tiempo el INC, fue creciendo en méritos, para crear un organismo con el cual se pudieran llevar a cabo una campaña real de lucha contra la enfermedad, llamada Plan Nacional de Cáncer.

Con el Decreto Ley No. 056 de 1975 se creó el Sistema Nacional de Salud que comprende el conjunto de organismos, Instituciones, Agencias y Entidades que tienen como finalidad específica procurar la salud de la comunidad en los aspectos de promoción, protección, recuperación y rehabilitación y cuya dirección a nivel nacional compete al Ministerio de Salud y a nivel seccional a los servicios seccionales de salud.²⁷⁹

El Instituto Nacional de Cancerología fue anexado al Sistema Nacional de Salud por medio del Decreto 670 de 1975, dictando las normas que establece el Decreto 356 de 1975 y por consiguiente sus planes y programas debían estar integrados a los planes nacionales, seccionales y regionales de salud.

²⁷⁸ OSPINA LUGO, Julio E. Instituto Nacional de Cancerología esbozo histórico y situación actual. Revista del Instituto Nacional de Cancerología de Colombia. Volumen 1. Número 2. Bogotá 1980. p. 98.

²⁷⁹ MINISTERIO DE SALUD. Resolución número 01048. 12 de febrero de 1981. Por la cual se crean algunas Unidades Zonales de cáncer con ubicación física y administrativa en hospitales sede de Unidad Regional y se toman unas medidas sobre el Programa Nacional de Control de Cáncer. p.1.

En febrero de 1975, el Instituto nacional de Cancerología propuso el programa nacional de cáncer, adoptado como parte integrante del sistema Nacional de Salud por la resolución No. 1504/76 y reglamentada por la 5897/78, cuyo eje consistió en el establecimiento y organización de 8 Unidades Zonales, localizadas en Cartagena, Barranquilla, Medellín, Cali, Pereira y Manizales, Popayán, Bucaramanga y Bogotá.²⁸⁰

Los objetivos del proyecto fueron:

- a) A largo plazo:
 1. Normalizar la asignación de los recursos económicos y financieros destinados a la conservación del equipo y de las instalaciones médicas en materia de cáncer.
 2. Lograr que en la población colombiana se produzca una disminución del riesgo de enfermar o morir por algunas localizaciones de cáncer.

- b) A corto plazo:

Se puede decir que algunas de las acciones que fueron determinadas para todas las instituciones asistenciales solo tuvieron cabida en el instituto de Bogotá, ya que este contaba dentro de sus instalaciones con los recursos para impartir educación comunitaria, investigación científica y docencia en cáncer y enfermedades afines. Para las demás instituciones se asignaron ayudas en cuanto a dotación de equipos e infraestructura; programas de docencia dirigidos al personal científico; construcción de albergues, con el fin de agilizar y facilitar el tratamiento; ofrecer a la comunidad atención adecuada y oportuna en los centros de radioterapia.²⁸¹

Así mismo esta resolución 1504, en su artículo tercero estipulaba que los equipos que fueran destinados a los hospitales universitarios, seguían siendo de propiedad del Instituto Nacional de Cancerología: “pero su uso por parte de los hospitales se podrá considerar como aporte a cambio de la prestación de servicios a la comunidad a que deberá obligarse el hospital, así como a actuar bajo la orientación científica del Instituto en lo referente al Plan Nacional de Cáncer. Este se reservará el derecho a retirar equipos, si no se cumplen las anteriores condiciones.”²⁸² Este tipo de situaciones fueron determinantes del rumbo que tomaron los directivos de la Liga cuando fue inaugurada la Unidad, pues como se dijo en pasajes anteriores, todas las actividades tendientes a luchar contra la enfermedad en la región se hacían en campañas donde se sumaban todos los esfuerzos económicos y de voluntariado, los cuales eran coordinados a través de la Liga, la cual hacía la extensión de ayudas a la comunidad. La decisión del

²⁸⁰ OSPINA LUGO, Julio Enrique. Programas Nacionales de Cáncer 1974 – 1985. Instituto Nacional de Cancerología. Bogotá D. E. 1975. P 37.

²⁸¹ *Ibíd.*, P. 4 -5.

²⁸² MINISTERIO DE SALUD. Resolución número 1504 de 1976 (marzo 10). Por la cual se dictan normas sobre el Plan Nacional de Lucha Contra el Cáncer.

gobierno de financiar este proyecto prácticamente alejaba a la Liga de toda presunción de administrar este programa, creando malestar al interior de la misma.

Las gestiones para el edificio de la Unidad Oncológica del Hospital Ramón González Valencia seguían su marcha, según lo estipulado por el INC. El 14 de enero de 1976, el Dr. Pardo expresaba a los miembros de la Junta las demoras producidas por parte del Servicio Seccional de Salud y Sección de Arquitectura del fondo Nacional Hospitalario, por falta de aprobación de los planos de la misma. Por lo cual propuso la siguiente comunicación: “En vista de las demoras motivadas por el exceso de trabajo del Departamento de Arquitectura del Servicio Seccional de Salud, se solicitara al mismo, permitir a la Liga su colaboración en la elaboración y dibujo de los planos definitivos y luego la iniciación de la construcción en forma de administración delegada.”²⁸³ El interés de la Liga pudo ser motivado por la planificación del proyecto para la unidad de cobalto, en la cual, ya se habían señalado los planos para el edificio de la unidad con sus respectivas justificaciones.

Para cumplir con el requisito exigido por el Ministerio dentro del Plan Nacional de Cáncer, en cuanto a programas de docencia dirigidos al personal científico de cada zona con el fin de unificar criterios de diagnóstico y conductas de tratamiento a nivel nacional, el día 21 de enero de 1976, el Dr. Francisco Espinel, informaba a los miembros de la Junta, que el señor Dr. Tomas Carlos Duran era su candidato para entrenamiento en Radioterapia en el Instituto Nacional de Cancerología, bajo el patrocinio del Servicio de Salud de Santander.²⁸⁴

Igualmente, hacia el año de 1977, el Dr. Francisco Espinel Salive, manifestó que se ausentaría de la ciudad durante los meses de octubre y noviembre, para recibir entrenamiento en Bombas de Cobalto, en el mismo Instituto,²⁸⁵ sin embargo, según las actas este entrenamiento se prolongó a cuatro meses. Su posición positiva del uso de la radioterapia como medida curativa efectiva y su continuo esfuerzo de actualización en esta área, le ratificaban su permanecía al frente de la unidad y de este tipo de tratamientos en la región.

El 26 de enero de 1977, el director del INC le hace llegar una carta, al entonces director del Hospital González Valencia Rodolfo Rey, en la cual le hacían una solicitud por parte del Fondo Nacional Hospitalario. Esta indicaba que “con el propósito de acelerar al máximo los trámites legales para poner en ejecución el Plan Nacional de Cáncer, me permito solicitarle el envío al Instituto de los planos de construcción para las áreas de Cobaltoterapia, Medicina Nuclear etc.”²⁸⁶ Con

²⁸³ LIGA SANTANDEREANA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER. Acta Numero 77. 14 de enero de 1976. Folio 101.

²⁸⁴ *Ibíd.*, Acta Numero 78. 21 de enero de 1976. Folio 96.

²⁸⁵ *Ibíd.*, Acta Numero 91. 15 de marzo de 1977. Folio 125.

²⁸⁶ MINISTERIO DE SALUD. Instituto Nacional de Cancerología. Circular No. 2. Bogotá, enero 26 de 1977.

esto se intensifica y se ve más cercana la tarea asistencial y la dotación de la unidad de oncología. La respuesta no se hizo esperar el Dr. Francisco Espinel Salive rindió informe ante el Instituto Nacional de Cancerología y el Fondo Nacional Hospitalario, sobre el estado de las obras referentes al Plan Nacional del Cáncer. “El Dr. Espinel viajó a Bogotá el 25 de febrero y se entrevistó con el Dr. Julio Ospina y con el físico del INC, Dr. Herrera, con quienes se estudió la solución adecuada para el local de la Unidad de Cobalto. Ese mismo día el Dr. Espinel consiguió la aprobación oficial definitiva de los planos, previo informe presentado al gerente del Fondo Nacional Hospitalario.”²⁸⁷ A principios de agosto de 1976, inician los trabajos del edificio de la Unidad de oncología con los fondos que ya habían sido destinados por el Servicio Seccional de Salud de Santander.

En la reunión de junta del 31 de agosto de 1976, se daba lectura a la carta del doctor Antonio José Mendoza, de la Fundación de Asistencia Colombiana, en ella se solicitaba a la Liga una certificación del Instituto Nacional de Cancerología sobre su participación directa en la organización y funcionamiento de la Unidad Oncológica de Bucaramanga, dentro del Plan Nacional del Cáncer, debido al cambio de destinación del empréstito solicitado para la construcción de la Unidad Oncológica, en lugar de financiación de una Unidad de Cobalto.²⁸⁸ La respuesta se dio por parte del Dr. Julio E. Ospina Lugo, director del Instituto Nacional de Cancerología, quien certificaba a la Liga, sobre su participación en la Unidad Oncológica Zona No. 2 del Plan Nacional del Cáncer, una copia sería enviada al Dr. Gustavo Salazar Meléndez, Gerente del Banco de la República de Bucaramanga.

El 10 de mayo de 1977, el Servicio de Salud de Santander le envía una copia de la circular No. 1, proveniente del Ministerio de Salud Pública, Instituto Nacional de Cancerología al Dr. Espinel, en ella ya hacen referencia del nuevo cargo de Jefe del Departamento de Cancerología del Hospital Ramón González Valencia. En esta informaban que “el próximo 18 de abril, comenzaran a llegar al país los equipos adjudicados para el Plan Nacional de Cáncer. Esperamos que para diciembre de este año lleguen los aparatos para cobaltoterapia y que a partir de esa fecha se proceda en forma inmediata a su instalación. Lo mismo en lo que se refiere a los equipos para medicina nuclear.”²⁸⁹ En lo que correspondía a equipos estos fueron distribuidos a las diversas Unidades Zonales, bajo la coordinación científica del Instituto, la dotación consistió en laboratorios completos de Medicina Nuclear y Radioterapia.

²⁸⁷ LIGA SANTANDEREANA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER. Acta Número 95. 25 de agosto de 1977. Folio 132.

²⁸⁸ Ibid., Acta Numero 83. 31 de agosto de 1976. Folio 103.

²⁸⁹ ARCHIVO UNIDAD DE ONCOLOGÍA Y RADIOTERAPIA DEL HOSPITAL RAMÓN GONZÁLEZ VALENCIA. Carta del Servicio de Salud de Santander al Dr. Francisco Espinel Salive, Jefe del Departamento de Cancerología, del Hospital Universitario Ramón González Valencia. Oficio No. 143. Mayo 10 de 1977.

Así mismo el Instituto creó una División de Mantenimiento Técnico con ingenieros y personal especializado para el mantenimiento preventivo de todos los equipos instalados en el país. Ospina Lugo director del Instituto aseveraba que con esto se resolvía una situación problemática para Colombia, puesto que por medio de una vigilancia continua, especializada y gratuita, esta División mantendría en funcionamiento los equipos mencionados.²⁹⁰ El Dr. Francisco Espinel Salive, Director Científico de la Liga informaba a los miembros de la Junta sobre la comunicación del Dr. Julio E. Ospina Lugo, al jefe de salud de Santander “sobre la dotación adjudicada a la Unidad Oncológica de Santander, la cual consiste en la Unidad de Cobalto “9.000 curíes”. Dotación de Cesio para tratamientos intracavitarios. Instalaciones para Medicina Nuclear y equipo de Mamografía”²⁹¹ En adelante solo quedaba esperar a la llegada de los equipos y su debida instalación por parte del INC. La nueva Unidad quedaría compuesta por un equipo de Rayos X de 100 K. V. Roentgenerapia superficial, proveniente del Plan Nacional del Cáncer; un equipo Siemens Stabilipan, Roentgenerapia Profunda, que ya estaba funcionando en el San Juan de Dios, conseguido con fondos de la Beneficencia de Santander y el AVAC; una Unidad de Cobalto 9.000 curíes y dotación de Cobalto para tratamientos intracavitarios.

Fueron cuatro años de gestiones en que los miembros de la Liga pusieron todo su empeño para conseguir esta nueva Unidad, su propósito, quedar con la gerencia de este departamento para con ello seguir su causa de ayudar a las personas aquejadas por la enfermedad en la región. Pero el alto costo de la infraestructura física (construcción, dotación y mantenimiento) y de los recursos humanos y tecnológicos para el diagnóstico y tratamiento del cáncer, llevo al Estado a asumir el mayor porcentaje del costo de los bienes y servicios del Plan Nacional del Cáncer, constituyéndose un monopolio gubernamental en las actividades especializadas de Radioterapia, Medicina Nuclear y Salud Mental.²⁹² Esta situación permitiría al INC y a las demás Unidades Zonales, asegurar ingresos, que hicieran posible subsidiar el tratamiento y los medicamentos para los pacientes de bajos ingresos.

El 21 de noviembre de 1977, el Dr. Espinel Salive informaba a los miembros de la Liga de “sus entrevistas y charlas con el Jefe del departamento respectivo en el Ministerio de Salud Pública, e indica que el criterio de esa dependencia es el mismo que tiene el Hospital de Bucaramanga, de que la Unidad de Equipos no puede salir de su patrimonio, aunque exista la posibilidad de una prestación de servicios, bajo vigilancia de la misma.”²⁹³ Los argumentos de los miembros de la

²⁹⁰ OSPINA LUGO, Julio Enrique. Instituto Nacional de Cancerología esbozo histórico y situación actual. p. 102.

²⁹¹ LIGA SANTANDEREANA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER. Acta Numero 83. 31 de agosto de 1976. Folio 111.

²⁹² OSPINA LUGO, Julio Enrique. Programas Nacionales de Cáncer 1974 – 1985. Plan Nacional de Cáncer fase II. Instituto Nacional de Cancerología. Bogotá D. E. 1975. P. 33.

²⁹³ LIGA SANTANDEREANA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER. Acta Número 98. 21 de noviembre de 1977. Folio 126.

junta a este respecto fueron, “el Dr. Luis Ardila, comenta con gran énfasis, que dejar la Unidad en manos del Hospital, sería una total desilusión, pues se perdería el esfuerzo y la obra ya realizada. Hace un recuento pormenorizado de los sistemas de trabajos en el Hospital, su déficit, huelgas, sindicatos, etc.”²⁹⁴ Por medio de comunicados con el INC el doctor Espinel se encargaría de precisar el criterio oficial en este asunto.

La respuesta por las solicitudes planteadas al INC, fueron consignadas en el oficio No. 566/32 U.R. del 9 de agosto de 1978, en la cual le recordaban al Dr. Espinel, que como todas las actividades de esta campaña eran administradas por esta entidad la cual estaba supeditada por la Resolución Ministerial No. 5897 del 27 de junio de 1978, en la cual el señor Ministro de Salud dictó normas sobre el programa Nacional de Control de Cáncer. “en ella se estipula muy claramente que los equipos instalados son propiedad de este Instituto y que es necesario firmar un convenio entre el Servicio de Salud respectivo, el Hospital Universitario y el Instituto Nacional de Cancerología, para la máxima y mejor utilización de los diversos elementos que el Gobierno Nacional ha destinado para las Unidades Zonales de Cáncer.” El Dr. Ospina Lugo director del INC terminaba este comunicado indicando que al momento de estar instalados los equipos se dirigiría a Bucaramanga para discutir el convenio.

La unidad de Oncología y Radioterapia del Hospital Universitario Ramón González Valencia fue inaugurada el 30 de mayo de 1979,^{*} esta nueva institución será la encargada de seguir la lucha contra la enfermedad en el departamento.

²⁹⁴ LIGA SANTANDEREANA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER. Acta Número 98. 21 de noviembre de 1977. Folio 126.

* La inauguración de la Unidad de Oncología está documentada y puede ser consultada en: CASTAÑEDA PLATA, César Andrés: La historia del cáncer en Bucaramanga: una problemática social vista a través de la liga santandereana de lucha contra el cáncer: 1961-1980. UIS, Facultad de Ciencias Humanas, Escuela de historia, Bucaramanga, 2011. PORRAS SEPÚLVEDA, Edwin Alexis: 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. UIS, Facultad de Ciencias Humanas, Escuela de historia, Bucaramanga, 2015.

Foto 31. Unidad de Oncología del Hospital Ramón González Valencia, 1979



Fuente: Vanguardia Liberal. 30 de mayo de 1979.

El personal que quedo a su cargo fue:

- Dr. Francisco Espinel Salive. Radioterapeuta. Jefe del Servicio.
- Dr. Tomas Carlos Duran. Radioterapeuta.
- Dr. Luis Fernando Barco. Cirujano Oncólogo.
- Dr. Jorge Gómez Duarte. Cirujano Oncólogo.
- Dr. Gustavo Villabona. Medicina Nuclear.
- Dr. Luis Ernesto Téllez. Internista.
- Técnico en imágenes diagnósticas. Martha Isabel Vargas.
- Técnico en imágenes diagnósticas. Esperanza Sepúlveda.
- Auxiliar de Enfermería. Aurora Acosta.
- Auxiliar de Enfermería. Hermana María Ofelia Soto Álvarez.
- Secretaria del servicio. Leonor Ramírez.

El servicio de radioterapia de la Unidad de Oncología del HURGV, quedo organizado con las siguientes unidades para el tratamiento y control de pacientes:

- Una unidad de Cobalto, tipo Theratron 780, fabricado por Atomic Energic de Canadá.
- Un Acelerador Lineal, con energías nominales de 6 Mv y 10 Mv en fotones y 5Mv, 7 Mev y 15 Mev en electrones. Marca Siemens, modelo Md 2, serie No.3152.
- Un equipo de rayos X superficial y profundo. Tipo COMET TXM250, Serie No.1762-26-20. tubo No. 0501.

Foto 32. COMET TXM250 tomada Unidad de Oncología, BGA.2014

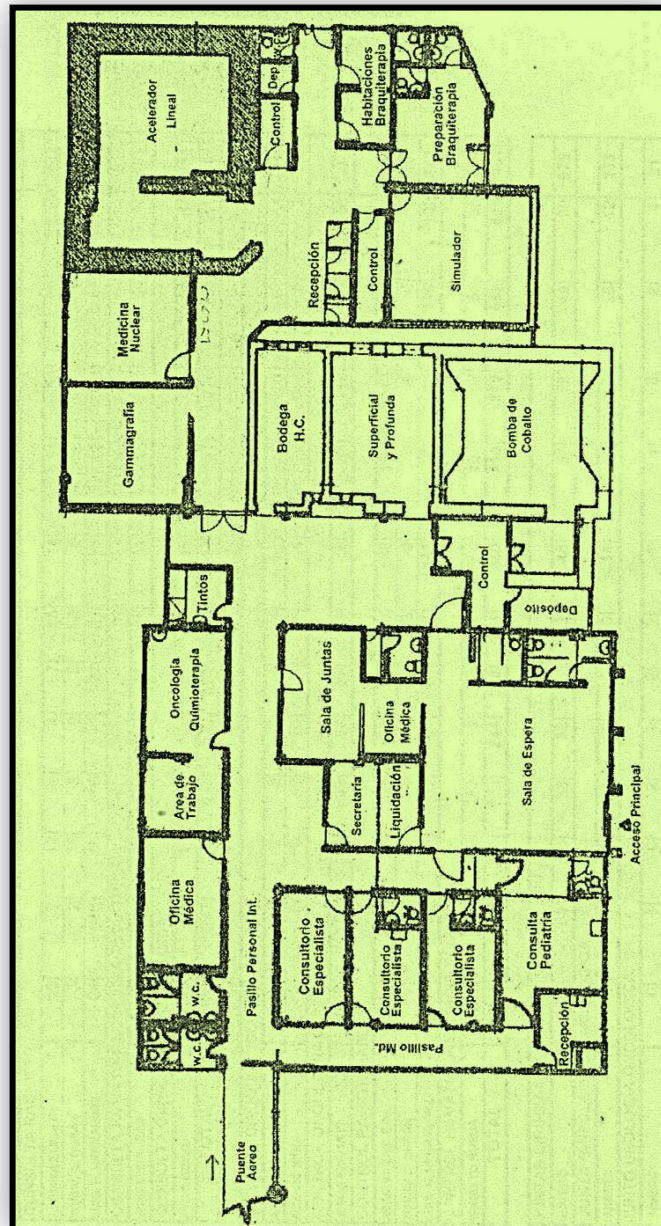


Foto 33. THERATRON 780 tomada Unidad de Oncología, BGA.2014



Después de 1984 la Unidad de Oncología fue reorganizada, se amplió el edificio y desde entonces el servicio cuenta con nuevo recurso humano y tecnológico como: Acelerador lineal, Medicina nuclear, Gammagrafía, Radiofísico, elementos indispensables en la aplicación de los tratamientos con radioterapia.

Foto 34. Plano Unidad de Oncología y Radioterapia 1984 hasta el presente.



Fuente: LIGA SANTANDEREANA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER: Unidad de Cobalto y Servicio de Radioterapia para el Oriente de Colombia. Bucaramanga, Septiembre de 1974. Folios 10 - 11.

CAPÍTULO 5

INTERNISTAS - ONCÓLOGOS CLÍNICOS. UN LEGADO DE LOS RADIOTERAPEUTAS PARA LA UNIDAD DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER. 1970 – 2016

El desarrollo de la Oncología Clínica como una nueva rama de la Medicina Interna en Bucaramanga, se consigue con los intentos paulatinos de los médicos por ir ampliando sus conocimientos, y con la intención de ir formándose una visión global e integral del paciente para mejorar los tratamientos. La Oncología como subespecialidad de la medicina interna, es la ciencia que se ocupa del estudio de los tumores (del griego onco: tumor), y que se basa en la propiedad biológica de las células vivas en transformarse en cancerosas, escapando a los mecanismos de control fisiológicos y desafiando a las leyes homeostáticas. Según el programa académico de la Universidad del Bosque de Bogotá, la Oncología Clínica surgió en Colombia “de la necesidad de cubrir aspectos médicos diferentes de los quirúrgicos y radioterápicos ya presentes desde años anteriores, como consecuencia del desarrollo del conocimiento de la patología oncológica y la utilización cada vez mayor y más compleja de tratamiento sistémico para el cáncer.”²⁹⁵

Según Calvo, Pérez, y Ortiz, los avances más importantes en el tratamiento del cáncer han sido consecuencia de la adecuada integración de las diferentes disciplinas terapéuticas, y aclaran que el perfeccionamiento de cada una de ellas ha permitido su aplicación con mayor eficacia.²⁹⁶ En Santander los tratamientos contra el cáncer - la cirugía oncológica, la radioterapia y la quimioterapia - iniciaron con la ayuda de verdaderos pioneros, quienes encontraron en el Instituto Nacional de Cancerología, los principios técnicos y científicos que permitieron una aplicación terapéutica que con los años se ha ido desarrollando hasta alcanzar los niveles de investigación, que permiten en la unidad de oncología realizar prácticas propias del perfeccionamiento de cada especialidad.

Se intentara en este documento darle un lugar a la Medicina Interna y fundamentalmente a la Oncología Clínica como rama de la misma, ya que la quimioterapia (y actualmente a través de la terapia Biológica y molecular) es el camino más prometedor para la lucha contra el cáncer, pues los avances científicos propuestos en esta directriz encontrarán mayor efectividad en años venideros. En Santander las primeras experiencias con quimioterapia fueron propuestas por el doctor Francisco Espinel Salive,^{*} quien iniciando la década de

²⁹⁵ UNIVERSIDAD DEL BOSQUE. Especialización en Oncología Clínica. En: http://www.uelbosque.edu.co/programas_academicos/especializaciones_medicina/oncologia_clinica

²⁹⁶ CALVO, F. A. Pérez Romasanta, L.A. Ortiz, de Urbina D.. Avances en radioterapia. Tecnología y biofarmacología aplicada. En: GUILLEN PORTA, Vicente: Avances en oncología. ARÁN. Ediciones. S. L. España. 2002.

^{*} La vida y obra del Doctor Francisco Espinel Salive puede ser consultada en: PATIÑO R. Juan Miguel: Implementación, desarrollo e institucionalización de la práctica médica en el tratamiento del cáncer en

los setentas utilizó un medicamento llamado Alkeran en una paciente con un carcinoma de seno que se encontraba en estadio III de la enfermedad, con pronóstico muy malo; pues se encontraba en pésimas condiciones generales.²⁹⁷ Lo negativo de estas historias clínicas es que en ellas nunca quedo consignado que sucedió con estos pacientes.

Para iniciar esta historia de la quimioterapia, abordare la conclusión consignada por el Dr. Efraím Otero en su libro setenta años de cáncer en Colombia, la cual dice, “los últimos cincuenta años del siglo XX en Colombia han visto evolucionar la terapia medicamentosa y la quimioterapia del cáncer, desde unos tímidos intentos aislados hasta el establecimiento de un recurso terapéutico importante, con definidas acciones paliativas, curativas y aun preventivas en determinados tumores...que se dispone para combatir la enfermedad maligna.”²⁹⁸ Continuando con Otero Ruiz, la introducción de la quimioterapia en Colombia se da por la visita en 1948, al Instituto Nacional de Radium del oncólogo norteamericano Salvatore P. Lucia, quien fuera profesor de Medicina Interna y Director de Medicina Preventiva de la Facultad de Medicina de la Universidad de California. Este dicta conferencias sobre los primeros usos de los agentes alquilantes y administra mecloretamina (Mustargen), en pacientes del Instituto Nacional de Cancerología, animando a sus colegas a proseguirlas.²⁹⁹ Estas primeras experiencias en Colombia argumentaría Otero Ruiz, no fueron muy convincentes, quizá por lo avanzado de los casos escogidos.

Cuando en el INC inician los tratamientos con quimioterapia en 1949, no fue un médico internista, ni un oncólogo quien dirigió los protocolos de los medicamentos, fueron los radioterapeutas vinculados al instituto quienes hicieron uso de esta nueva terapia, “siendo su pionero indudable el doctor Mario Gaitán Yanguas y sus colaboradores en dicho departamento.”³⁰⁰ Más tarde en 1965, después de establecida esta terapia en el INC, el mismo Dr. Yanguas muestra como los procedimientos quimioterápicos han sobrepasado su etapa experimental, convirtiéndose en auxiliares de rutina en la cancerología colombiana.³⁰¹ Esto conlleva a que las directivas del INC funden a comienzos de la década de los setentas una Sección de Quimioterapia, por cuya ronda pasaran en adelante todos médicos que se estén especializando en radioterapia, en Medicina Interna y en oncología Clínica.

Santander. Doctor Francisco Espinel Salive. Bucaramanga 1958 – 1985. Universidad Industrial de Santander. facultad de Ciencias Humanas. Escuela de Historia. Bucaramanga. 2016.

²⁹⁷ ARCHIVO DE LA UNIDAD DE ONCOLOGIA Y RADIOTERAPIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMON GONZALEZ VALENCIA. Historia clínica No. 4508. 5 de agosto de 1977. Folio 3.

²⁹⁸ OTERO RUIZ, Efraím. Setenta años de cáncer en Colombia. Historia del Instituto Nacional de Cancerología 1934 – 1999. Editora Géminis. Santa fe de Bogotá. 1999. p. 153.

²⁹⁹ *Ibíd.*, p. 150.

³⁰⁰ *Ibíd.*, p. 151.

³⁰¹ *Ibíd.*, p. 152.

En Santander como ya se mencionó anteriormente fue el Dr. Espinel quien a principios de los setenta, dirigió los primeros procedimientos con fármacos en la unidad de Radioterapia y Cáncer del Hospital San Juan de Dios. Y es a partir de 1979 que esta labor se enfatiza con la llegada del Dr. Tomas Carlos Duran a la Unidad de Oncología y Radioterapia del Hospital Universitario Ramón González Valencia, la razón, el Dr. Duran obtuvo más entrenamiento al encontrar la clínica por la cual hacer rondas a pacientes que se encontraban en tratamiento de quimioterapia. Señala el Dr. Luis Ernesto Téllez - especialista en Medicina Interna - que “para la época del Dr. Espinel, este tuvo que hacer uso de revistas especializadas en el tema, que eran impresas en el exterior e introducidas en Colombia con altos costos para formarse como un verdadero autodidacta.”³⁰² Por las fechas y la cercanía del Dr. Espinel con el Dr. Yanguas podría inferirse también, que este pudo asistir a cursos o congresos impartidos en el INC, para aprender a ejercer esta especialidad. Por su parte el Dr. Duran recibió su entrenamiento en quimioterapia en el INC y vino a ejercer a la unidad y posteriormente en otras instituciones de Bucaramanga. “Se aplicaban tratamientos de quimioterapia en pacientes con cáncer de seno, linfomas, con cáncer de estómago, en los niños de unos tumorcitos que les salían en el riñón, se les hacía tratamiento y estos niños salían adelante, ellos dos formulaban los medicamentos.”³⁰³

En las historias clínicas de la unidad de oncología se observa el mismo inconveniente que se presentó en el INC, los tratamientos de quimioterapia eran suministrados a pacientes con estadios avanzados de la enfermedad y con malas condiciones en su estado general, (actualmente conocido como estado funcional); el resultado pudo haber generado inseguridad y desconfianza tanto a médicos como a pacientes. Por el alto costo de los medicamentos que eran producidos en el exterior el Dr. Espinel y los miembros de la Liga santandereana de Lucha Contra el Cáncer, crean en Bucaramanga el banco de quimioterapia, Cesar Castañeda expone que:

La Liga Santandereana de Lucha Contra el Cáncer se involucró en la creación de un banco de quimioterapia debido a la dificultad existente para hallar las diversas drogas necesarias en el tratamiento de los diversos cánceres. A pesar de ser una preocupación de la institución, el desarrollo del proyecto se concretó gracias al apoyo del AVAC, quien era otra de las instituciones preocupadas en esta misma problemática.³⁰⁴

³⁰² PATIÑO R. Juan Miguel. Entrevista # 6 al Dr. Luis Ernesto Téllez. Hora de grabación 10:00 a.m. Grabando nombre de archivo: 150327_001. 2016.

³⁰³ _____. Entrevista # 1 Hermana María Ofelia Soto Álvarez. Hora de grabación 04:00 p.m. Grabando nombre de archivo: 141219_001. Fecha de grabación: 19/12/2014. Municipio de la Estrella. Antioquia.

³⁰⁴ CASTAÑEDA PLATA, César Andrés. La historia del cáncer en Bucaramanga: una problemática social vista a través de la liga santandereana de lucha contra el cáncer: 1961-1980. UIS, Facultad de Ciencias Humanas, Escuela de historia, Bucaramanga, 2011. p. 126.

Estas dos instituciones aún continúan prestando ayuda a los pacientes con cáncer en la región.

La persona encargada de la aplicación de estos tratamientos en el antiguo HSJD, fue la auxiliar de enfermería Aurora Acosta, ya en la nueva unidad del HURGV, esta estaría acompañada de la auxiliar de enfermería, Hermana María Ofelia Soto Álvarez, quien inicia trabajos el 2 de febrero de 1980. La hermana Ofelia ingreso a la unidad como enfermera auxiliar pero los médicos Espinel y Duran la capacitaron para la aplicación de los medicamentos. Dice la hermana Ofelia “en el González Valencia una semana hacíamos radioterapia y a la siguiente hacíamos consulta externa, se hacían todos los procedimientos de curaciones y se aplicaba el radium, nosotras estábamos para ayudar a los pacientes. En quimioterapia lo importante era saber cuidar las venas, conocer cada medicamento y a qué tipo de paciente se aplicaba.”³⁰⁵ También expresa la hermana que nunca tuvieron ningún inconveniente con los pacientes, pues las dosis de medicamento ya venían indicadas por los médicos, igualmente en la unidad se tenía en cuenta la respuesta de los pacientes, esa la evaluaban cada mes con exámenes de laboratorio todo era muy riguroso, lo más importante era la salud del paciente.³⁰⁶ Afirma la hermana Ofelia que el tratamiento con quimioterapia cambia:

La vida de los pacientes, yo conocí pacientes niñitos de dos, tres añitos y cuando yo me vine esos niños tenían entre 18 y veinte años, yo a algunos los cargue y de adultos uno veía como les cambiaba la vida, pues con salud algunos estudiaban, otros se casaban, inclusive algunos jóvenes iban a la unidad a pedir el visto bueno para ir a pagar el servicio militar. Todos los medicamentos para quimioterapia se aprovechaban al máximo, uno tenía esos detalles para que todos recibieran el tratamiento en tiempo oportuno y completo, como el medico quería y todo eso era motivado por los doctores quienes veían la necesidad. Entonces un paciente traía su medicamento y nosotros sabíamos que este servía para dos, entonces se aprovechaba para programar a otro paciente con necesidades similares y se les administraba a ambos.³⁰⁷ (Sistema conocido actualmente como aprovechamiento).

Esto nos permite observar que en este periodo y con la pruebas realizadas en el INC, los médicos radioterapeutas Espinel y Duran, aplicaban correctamente los recursos de diagnóstico y tratamiento.

³⁰⁵ PATIÑO R. Juan Miguel. Entrevista # 1 Hermana María Ofelia Soto Álvarez. Hora de grabación 04:00 p.m. Grabando nombre de archivo: 141219_001. Fecha de grabación: 19/12/2014. Municipio de la Estrella. Antioquia.

³⁰⁶ *Ibíd.*

³⁰⁷ *Ibíd.*

En este sentido Díaz-Rubio hace la siguiente aclaración, “clásicamente ha sido el cirujano primero y el radioterapeuta después los que se han encargado del tratamiento del enfermo neoplásico, y es justo reconocer que gracias a su concurso hoy en día es posible curar uno de cada tres enfermos cancerosos.”³⁰⁸ En Santander el desarrollo de los tratamientos antineoplásicos con medicamentos sucedió de modo progresivo, con poco o con asomos de entrenamiento por parte del INC, los médicos radioterapeutas aplicaron sus conocimientos, basados tal vez en el empirismo de la época. Sería hasta los primeros años de la década de los setenta, cuando en Colombia el internista es elegido para tomar un lugar con los enfermos oncológicos, una década después por el año de 1981, a la unidad llega el Dr. Luis Ernesto Téllez y aunque por muchos años más este galeno compartió esta tarea de formular la quimioterapia con sus colegas en la unidad, así se fue constituyendo la especialidad de la Oncología clínica en la región.

5.1 LA ÉPOCA DE TRANSICIÓN. DE LA MEDICINA INTERNA A LA ONCOLOGÍA CLÍNICA

El Dr. Téllez estudia Medicina Interna en el INC entre los años de 1976 y 1979, la Universidad Javeriana era la institución encargada de otorgar los títulos. Hace rotaciones en el instituto, donde realiza los tópicos de medicina interna pero también al mismo tiempo observan pacientes con cáncer, teniendo que manejar los medicamentos para esta enfermedad, así como medicamentos para tratar otro tipo de patologías en medicina interna presentes en estos pacientes. Afirma el Dr. Téllez que:

Mientras los radioterapeutas se enfocan en un sitio y tienen que ver mucho con radiofísica, estos no son entrenados en ver las manifestaciones sobre otros órganos producto de los usos con elementos quimioterápicos. Por decir el enfermo de cáncer puede venir con diabetes, entonces uno tiene que saber lo de diabetes, manejarlo bien y saber si los quimioterápicos afectan la diabetes para manejarla adecuadamente.³⁰⁹

Cuando el Dr. Téllez llega a Bucaramanga teóricamente era el especialista en MI que más conocimientos tenía sobre cáncer, la preparación de los radioterapeutas en relación a la medicina interna era mínima, por lo cual este asumió el papel de oncólogo en la región.

Sin embargo por la necesidad en el medio, los radioterapeutas se veían obligados a formular quimioterapia, ellos conseguían las drogas, las prescripciones y las aplicaban, pues eran quienes más estaban

³⁰⁸ DIÁZ-RUBIO GARCIA, Eduardo. La oncología médica como especialidad. En: DIÁZ-RUBIO GARCIA, Eduardo y GARCÍA-CONDE, Javier: Oncología clínica básica. ARÁN. Ediciones S. A. Madrid, 2000. p. 22.

³⁰⁹ PATIÑO R. Juan Miguel. Entrevista # 2 a Francisco Espinel Correal. Hora de grabación: 1:18:42. Grabando nombre de archivo: 140908_001. 8 de octubre de 2014.

familiarizados con la patología, además los demás médicos escuchaban la palabra cáncer y de una enviaban los pacientes al radioterapeuta, no querían atender pacientes con cáncer porque desconocían la patología, no tenían los conocimientos para el manejo integral de la enfermedad. En aquella época eran los radioterapeutas quienes tenían licencia legal para aplicar quimioterapia por ser médicos y también gozaban de licencia social para manejar estos medicamentos.³¹⁰

Comenta el Dr. Téllez que:

En Colombia en los años ochenta cuando inicié mi trabajo, existían cinco especialidades básicas desde el punto de vista de la medicina clínica - la pediatría, la ginecología, la psiquiatría, la cirugía y la medicina interna -. La única subespecialidad que había prácticamente bien delimitada en ese momento, que de internista saltaba a hacer otra especialidad era la cardiología. En la etapa de los años ochenta se crean las subespecialidades de los diferentes órganos, como el neurólogo, el neumólogo, el nefrólogo, el reumatólogo. En los años noventa estas se empiezan a consolidar y es cuando existen formalmente las subespecialidades pero no reglamentadas por ley. Pero si eran reconocidas pues la universidad les otorgaba a quien se formara en estas especialidades un título. A estas formaciones no escapa el cáncer, con la diferencia que no es un solo órgano que puede ser atacado específicamente como el corazón, el pulmón o el cerebro, entonces no es de ningún órgano es de todos, de esa necesidad se crea la oncología clínica como rama de la medicina interna, siendo el pionero de esta formación el INC mediando la década de los ochenta.³¹¹

El trabajo del Dr. Téllez fue más dirigido hacia el campo de la Medicina Interna que al de la oncología, aunque su formación se hizo en el INC, su título lo distinguía como internista, pues la Oncología Clínica no existía como especialidad.

La importancia de que un médico especialista en medicina interna obtenga conocimientos en oncología, no solo radica en que este comprende más de los efectos secundarios a la quimioterapia. Para la época del doctor Espinel, en Bucaramanga no existía la especialidad de la oncología, ni había internistas que supieran lo suficiente de cáncer, entonces medicar la quimioterapia le correspondía a los radioterapeutas. La formación de los internistas se hacían en diferentes hospitales del país, hasta que el INC empieza a formar internistas que

³¹⁰ PATIÑO R. Juan Miguel. Entrevista # 6 al Dr. Luis Ernesto Téllez. Hora de grabación 10:00 a.m. Grabando nombre de archivo: 150327_001. 2016.

³¹¹ *Ibíd.*

tienen mayor conocimiento en cáncer, Bucaramanga fue abanderada al poder contar con el Dr. Téllez, ya que eran muy pocos los internistas que allí se formaban, lo que hacía que no hubiera disponibilidad de estos por todo el país.

Dice el Dr. Téllez que cuando él llega a trabajar a Bucaramanga en la unidad de oncología del HURGV, esta no sufre grandes cambios, “porque los tratamientos para el cáncer ya tenían sus esquemas que eran universales, sobre todo por investigaciones hechas por fuera del país, estos conocimientos llegan del exterior uno los aprende y así los aplica, así funcionaba y así funciona todavía la medicina.”³¹² Desde el punto de vista de la medicina interna se optimizó el manejo de los pacientes con cáncer, en el sentido de que esta especialidad le brinda al médico la capacidad de detectar algunas alteraciones en órganos diferentes al tratado y darle un mejor manejo.

Para el año de 1992, llega a Bucaramanga a rotar como médico residente de último año de Oncología Clínica el Dr. Carlos Rojas. Su interés en la oncología despierta en Rio negro, donde realizó su año rural y tuvo que dirigir los programas de detección temprana de cáncer de cuello uterino. Se inscribió en el programa del INC en el año de 1987, tras una visita de un miembro del instituto a observar su programa. Su formación en el instituto se dio de la siguiente manera:

En el primer año se hacía Medicina Interna en pacientes oncológicos, se hacía MI en los pisos del INC, cuidado intensivo, neurología, cardiología, neumología, dermatología, endocrinología en los pacientes de cáncer del INC y además por dos años, teníamos unas rotaciones extramurales. Durante esos años para complementar la formación básica en MI, se asistía a otros centros subespecializados como el Hospital Santa Clara (que manejaba enfermedades respiratorias), el Instituto Dermatológico, Fundación Santa Fe (que manejaba enfermedades cardiovasculares). En los dos años siguientes hacíamos un enfoque más dirigido al diagnóstico y al tratamiento del paciente, se aprende la sensibilización requerida para tratar a un paciente oncológico.³¹³

Aunque su especialización en el INC, tuvo un alto contenido de Medicina Interna, finalmente su título será el de Oncólogo Clínico, ya que en este momento no era requisito indispensable tener una formación básica y fundamental en Medicina Interna.

³¹² PATIÑO R. Juan Miguel. Entrevista # 6 al Dr. Luis Ernesto Téllez. Hora de grabación 10:00 a.m. Grabando nombre de archivo: 150327_001. 2016.

³¹³ PATIÑO R. Juan Miguel. Entrevista # 7. Al doctor Carlos Rojas. Instituto nacional de Cancerología. Hora de grabación 01:00 p.m.

Cuando el Dr. Rojas llegó a Bucaramanga notó que la cancerología tenía una estrategia terapéutica definida local, que era cirugía y radioterapia, por lo cual realmente el concepto universal del paciente con cáncer se perdía.

Entonces logre hablar con la Dra. María Eugenia Ramírez (Internista Neumóloga, Directora del Departamento de medicina Interna de la UIS) para exponerle el concepto real de la enfermedad sistémica de los tumores y mostrarle la importancia que tenía para una universidad que sus estudiantes tuvieran no solo transversalmente dentro de su curriculum académico o tangencialmente en su área de Medicina Interna o pediatría o ginecología, ver una u otra patología, sino que tuvieran un núcleo integrador donde estos conceptos se manejaran de manera más precisa y que se integraran mejor a la situación del paciente, de la comunidad y de la sociedad.³¹⁴

Su tiempo en el HURGV estuvo fuertemente determinado por integrar la Oncología Clínica a la formación de los estudiantes de pre y posgrado, y aun hoy día cree que la enseñanza de esta especialidad debe ser obligada para todos los alumnos.

Durante los dieciocho meses que estuvo en el HURGV, fue profesor de hora cátedra de pregrado en medicina en la Universidad Industrial de Santander, en Medicina Interna en el desarrollo del área de Oncología Clínica dentro del programa. “Se hacía una revista semanal con los pacientes oncológicos que se encontraban hospitalizados y se fortaleció el área de consulta externa y de atención de terapias sistémicas o quimioterapia a los pacientes con cáncer, tanto adultos como pediátricos porque no había quien hiciera la consulta pediátrica en nuestra ciudad.”³¹⁵ No fue nombrado por el HURGV, porque en el plan de cargos del hospital al cual solo se vinculaban profesionales con la especialidad básica de Medicina Interna, no existía el de Oncólogo Clínico. Entonces con el director del hospital llegaron a un acuerdo pues era necesaria la especialidad, el tiempo que trabajó en la unidad de oncología del hospital lo hizo ad – honorem, pues no había el dinero para sufragar sus servicios.

Antes de su llegada los médicos radioterapeutas les hacían tratamientos a sus pacientes y a las diferentes patologías que se presentaran, la quimioterapia era parte inherente a su especialidad. Pero estos médicos pudieron notar la diferencia en como un oncólogo clínico logra que los tratamientos antineoplásicos fueran bien administrados, bien dosificados y se logran buenos resultados. En la Unidad de oncología era el jefe del servicio el Dr. Tomas Carlos Duran:

³¹⁴ PATIÑO R. Juan Miguel. Entrevista # 7. Al doctor Carlos Rojas. Instituto nacional de Cancerología. Hora de grabación 01:00 p.m.

³¹⁵ *Ibíd.*

Existía una sala de quimioterapia básica con unas estaciones individuales para pacientes, con sillas básicas y algunas reclinables. Ni la hermana ni ninguna enfermera en la ciudad tenían formación en oncología, ellas eran unos excelentes seres humanos que habían aprendido a manipular los medicamentos antineoplásicos generalmente en un cuarto o al lado del paciente sin ninguna protección. Conseguimos unas cámaras de reinhalación de las que se usaban industrialmente, y con esta disminuíamos el riesgo de inhalación de estas sustancias tóxicas.³¹⁶

Lo que hizo el Dr. Rojas, fue conseguir unas camaritas que tenían un sistema de vacío especial en donde quedaban las partículas del medicamento y no salían al medio ambiente. Entonces cada frasquito era llevado a esa camarita y permitía una menor inhalación por parte de quien la manipulaba.

Como fue la aceptación del paciente al tratamiento con quimioterapia, porque siempre ha existido la sombra de su nocividad, culturalmente se cree que es peor que el mismo cáncer, ¿Cómo logró usted que sus colegas y pacientes creyeran en el tratamiento? “Entre comillas puede decirse que no hubo dificultad, hubo beneplácito, porque nunca se ha querido atender a pacientes con cáncer, la gran mayoría de colegas entregaban al oncólogo el manejo del paciente por lo cual no hubo resistencia ni de parte de pacientes ni del grupo médico, al contrario la llegada de un oncólogo clínico causó gran aceptación.”³¹⁷ El Dr. Rojas empleó quimioterapia primaria en muchos tumores, especialmente para cáncer de seno, se realizaban tratamientos neoadyudantes (aplicación de quimioterapia antes de llevar al paciente a cirugía), que permitieron que esos volúmenes tumorales tan grandes se redujeran de manera importante para realizar los tratamientos quirúrgicos, el Dr. Barco (Cirujano General, egresado del INC) hizo muchos tratamientos conservadores gracias a las citoreducciones (disminución del tamaño tumoral) que el Dr. Rojas conseguía en la unidad.

Comenta el Dr. Rojas que desde esa época aprendió que era imposible dejar a los pacientes con tratamiento antineoplásico sin soporte. “Por ejemplo después de un tratamiento con cisplatino, hacíamos regresar a los pacientes por tres o cuatro días, para hidratarlos y suministrarles antiemético (medicamentos para prevenir o tratar el vómito), lo que nos permitía controlar las náuseas y si no podían comer, por lo menos lograr que se mantuvieran hidratados y no sufriera daños en su sistema renal.”³¹⁸ El manejo de la patología tumoral era muy complejo para la época, los pacientes que padecían efectos colaterales a los tratamientos eran atendidos por el Dr. Rojas, pues ningún otro especialista quería intervenir en casos de cáncer, ni siquiera las neutropenias febriles (disminución de las defensas

³¹⁶ PATIÑO R. Juan Miguel. Entrevista # 7. Al doctor Carlos Rojas. Instituto nacional de Cancerología. Hora de grabación 01:00 p.m.

³¹⁷ *Ibíd.*

³¹⁸ *Ibíd.*

inducidas por quimioterapia) las manejaban los hematólogos, los melanomas y los mielomas también eran atendidos en la unidad.

En el campo de la terapéutica es preciso subrayar que con la llegada del Dr. Rojas a la unidad el tratamiento del cáncer se hizo cada vez más efectivo.

Antes de mi llegada para el cáncer de seno, se hacían diferentes tipos de tratamiento con radioterapia preoperatoria, con este salto se pudo cambiar la historia de la oncología en el hospital haciendo primero quimioterapia y considerando el tumor como se debía considerar, como una enfermedad sistémica, posteriormente se pasaba a tratamiento con radioterapia pero con otra intención, con esto se demuestra que los resultados de la oncología clínica fueron positivos. Con estos logros se cambia esa concepción de los pacientes y de su familia acerca de la enfermedad, hubo aceptación, pudimos demostrar que la enfermedad podía controlarse y mejorarse con los tratamientos antineoplásicos.³¹⁹

Su trabajo en el HRGV como oncólogo clínico, implicó un desarrollo con el cual estableció oportunas medidas terapéuticas, así mismo implemento la planificación, la organización y la racionalización de los limitados recursos con que contaba el hospital.

Los cambios más relevantes en oncología clínica fueron:

1. Dosis más intensivas. (Dosis altas de quimioterapia para mejorar los resultados).
2. Concurrencia: tratamientos simultáneos de quimioterapia y radioterapia sobre todo para pacientes con cáncer de estómago o de recto.
3. Quimioterapia para cáncer de recto.
4. Quimioterapia con hidroxauriuracilina para cáncer de cuello uterino.
5. Terapias de infusión continua. (Tratamientos de aplicación en forma prolongada con quimioterapia por varios días).

La intervención de los internistas era nula en pacientes con cáncer, generalmente el internista participaba en aquellas patologías que presentaban comorbilidades (otras enfermedades que acompañaban al paciente con cáncer, ejemplo Diabetes, asma, epilepsia) o que el tipo de cáncer revirtiera importancia para ellos, por ejemplo una neoplasia pulmonar, tumores gastrointestinales o ante la presencia de una hemorragia de vías digestivas o un síndrome constitucional (para estudiar porque un paciente tenía pérdida de peso, fiebre, escalofrío). Pero realmente su participación era muy tangencial. Ni al paciente con cáncer de pulmón o a pacientes con metástasis avanzadas se les ofrecía quimioterapia, pues no había

³¹⁹ PATIÑO R. Juan Miguel. Entrevista # 7. Al doctor Carlos Rojas. Instituto nacional de Cancerología. Hora de grabación 01:00 p.m.

conocimiento en la época, no existían medicamentos para pacientes con cáncer del sistema nervioso central o para melanomas.

El médico general como el médico internista son los primeros que van a ver al paciente, pero nunca realmente exploran sobre las posibilidades porque tiene en su formación otro tipo de preocupaciones. La formación del médico general en oncología es nula, no hay intención de incluir la oncología en la formación de pregrado, es insuficiente lo que las universidades le brindan a los estudiantes. El mundo está estallado en cáncer y se necesita que las universidades comprendan que esta es un área de la medicina muy importante, por lo tanto tiene que tener cabida como asignatura dentro de la formación de los estudiantes para que realmente se vea el enfoque integral del paciente con cáncer. Los resultados con las pruebas terapéuticas no son las mejores precisamente porque no estamos haciendo que nuestra comunidad y nuestros estudiantes conozcan sobre el beneficio del diagnóstico temprano, de las medidas para vida saludable y por lo tanto es fundamental que nos enfoquemos en pensar, en cómo formar a esta comunidad para garantizar las medidas del diagnóstico temprano con los elementos adecuados.

Expone el Dr. Jesús Insuasty que estudiar Oncología Clínica nace de su paso como estudiante de Medicina Interna de la Universidad Industrial de Santander (UIS). Al momento de realizar la revista médica diaria la cual se hacía conjunta con los estudiantes de posgrado en ginecología, se iba examinando y comentando uno a uno el sinnúmero de pacientes hospitalizadas en el servicio de ginecología del HURGV, en la cual:

Siempre se “saltaba” (excluía) a las pacientes con cáncer.... entonces me preguntaba ¿por qué de éstas pacientes no se dice nada? Ahora como Internista-Oncólogo Clínico encuentro la explicación de esa exclusión. Mi posición es que, el desconocimiento del tema en cáncer, tanto por mis profesores como por parte de nosotros mismos, nos hacía evadir antes que analizar cada caso; seguramente la desesperanza y la falta de herramientas terapéuticas nos llevaban a optar por ese comportamiento. Entonces, siempre me quedó la idea y sin recibir una explicación, pensé algún día se debe cambiar este enfoque y alguien deberá ofrecerles un tratamiento diferente, de allí mi inclinación por la especialidad.³²⁰

Terminando sus estudios de Medicina Interna, se realiza un simposio organizado por la Revista Médicas UIS, al cual es invitado el Dr. Insuasty por parte del señor Osman Carvajal (visitador médico), para asistir a una conferencia sobre trasplante

³²⁰ PATIÑO R. Juan Miguel. Entrevista # 4 al Dr. Jesús Solier Insuasty Enríquez. Hora de grabación 08:00 a.m. Grabando nombre de archivo: 150328_001. 2016.

de medula ósea, el invitado era un eminente doctor que venía del Instituto Nacional de Cancerología de Bogotá.

Efectivamente vino el Dr. Enrique Pedraza Meza, por ese entonces jefe médico del Servicio de Oncología y Hematología del INC, le conté mi Interés de estudiar hemato-oncología. Me invitó a visitar el INC, para que conociera el medio y el hábitat del paciente oncológico. En esa visita el Dr. Pedraza me hizo un recorrido por todas las oficinas del INC, presentándome a cuanto directivo existía en la institución, así como a mis futuros profesores; él decía por fin encontramos un internista que se le mida a iniciar el programa de hemato-oncología.³²¹

Se realizó la selección de rigor y el Dr. Insuasty fue seleccionado para estudiar hemato-oncología en el INC de Bogotá.

Con el Dr. Insuasty se iniciaba este posgrado, donde se exigía que estos nuevos profesionales cumplieran con los requisitos necesarios del programa en formación. Primero se requería ser Especialistas en Medicina Interna y posteriormente realizar la Sub-especialización en hemato-oncología. “Hice todo mi entrenamiento de rigor; el programa estaba reconocido ante el Ministerio de Educación de Colombia como Oncología Clínica, en título fue otorgado por la Universidad del Bosque (en convenio con el INC).”³²² El 29 febrero de 1996, se cumplieron los actos de grado siendo el primer Internista - Oncólogo clínico egresado del instituto de Bogotá y la Universidad del Bosque, según la exigencia de Ministerio de Educación.

Un año antes de culminar sus estudios en el INC de Bogotá como Oncólogo Clínico en el año de 1955, hubo concurso en la UIS para vincular docentes en medicina interna, “se me brindo esta gran oportunidad de trabajar como profesor del Departamento de Medicina Interna de la UIS. Por la vinculación a la universidad y gracias a mis mentores y a mi compañera de estudios de medicina general, la Dra. Adriana Zableth (para ese entonces radioterapeuta ya asignada a la Unidad de Oncología del HURGV) y, al Dr. Gonzalo Gómez Patiño (Gerente del HURGV). En 1995 reemplazó en el cargo al Dr. Carlos Rojas, quien inicia sus funciones como Oncólogo clínico de la nueva unidad de oncología de la Fundación Oftalmológica de Santander FOSCAL.”³²³ El Dr. Insuasty fue designado para trabajar como Oncólogo Clínico y a la vez como Jefe de la Unidad, este último cargo lo desempeñó por 10 años, en la actualidad ejerce como Oncólogo Clínico en la unidad del Hospital Universitario de Santander y sigue siendo profesor del

³²¹ PATIÑO R. Juan Miguel. Entrevista # 4 al Dr. Jesús Solier Insuasty Enríquez. Hora de grabación 08:00 a.m. Grabando nombre de archivo: 150328_001. 2016.

³²² *Ibíd.*

³²³ *Ibíd.*

Departamento de Medicina Interna. Durante sus dos décadas de labores se destacan las siguientes actividades:

Desde 1998 inicia un incremento y desarrollo continuo en la terapéutica con aparición de nuevas drogas, esto crea una incorporación para los tratamientos de nuevos protocolos de manejo, que involucran los nuevos fármacos como son: paclitaxel, docetaxel y posteriormente para el tratamiento de cáncer de mama, después para el tratamiento de cáncer gástrico, próstata, pulmón. Luego surge vinorelbine para tratamiento del cáncer de mama. También, a finales de la década de los noventa e inicio del año dos mil se involucra progresivamente ondansetron, por su fácil consecución y disminución progresiva de precio de los antieméticos tanto parenteral, oral, y sublingual.

Desde el año 2000 aparecen adelantos terapéuticos por lo cual inicia el manejo con anticuerpos monoclonales como el trastuzumab intravenoso, indicado para pacientes con cáncer de mama que expresaban en sus células el receptor epidérmico humanizado conocido como her-2 new positivo ++++. Posteriormente se inicia el manejo con fármacos para prevenir o tratar la disminución de las defensas (leucopenias), puesto que para ese entonces ya se disponía de factores estimulantes de crecimiento hematopoyético, en nuestro medio desde 1994, inicialmente de aplicaciones múltiple y aproximadamente desde el año 2006, de aplicación en dosis única subcutánea.

Por la misma época se inicia en el Hospital Universitario de Santander, el manejo con rituximab (un anticuerpo monoclonal dirigido contra CD-20 presente en los linfomas No Hodgkin), puesto que ya se dispone del mismo gracias a la colaboración de la industria farmacéutica de fabricación nacional, de la técnica de inmunohistoquímica a la biopsia de los pacientes (para detección de anticuerpos para ser atacado con este anti-anticuerpo). Gracias a la colaboración de Laboratorios Roche y sus representantes en la región, se logra hacer la gestión para disponer de la inmunohistoquímica con la cual se favorece a un número importante de pacientes del área de influencia de esta institución.

Con la ayuda de laboratorios Novartis se logra hacer la inmunohistoquímica y establecer el diagnóstico en Bogotá de los nuevos tumores denominados GIST (Tumores del Estroma Gastrointestinal) e iniciar tratamiento con fármacos conocidos como inhibidores de un receptor de la membrana celular tumoral (tirosinkinasas) conocido como imanitib. Gracias a la colaboración de la fundación GIST Colombia con sede en Bogotá, se pudo adelantar pruebas de diagnóstico molecular para detectar mutaciones en los exones 9-11, que permitían establecer la dosis para nuestros pacientes con GIST. Con la invaluable colaboración de la casa farmacéutica Roche se logró establecer la existencia de una mutación en el receptor de membrana en cáncer de mama e iniciar tratamiento con bloqueadores de este receptor, conocido con el fármaco erlotinib (año 2006). Además se inicia

manejo con moléculas anti-antigénicas tanto en cáncer de colon metastásico como en cáncer de pulmón.

Asevera el Dr. Insuasty que:

La disposición de los nuevos métodos diagnósticos de inmunohistoquímica, ponen a nuestra disposición una medicina actual, una medicina nunca explorada, la “medicina molecular”: ya se puede determinar donde se encuentra la alteración genética en el ADN, la cual genera proliferación celular, crecimiento de las células tumorales, impiden la muerte natural de las células tumorales (apoptosis), obteniendo grandes ventajas al obtener mayores respuestas objetivas, mejoría en los tiempos de progresión y, por consiguiente, mejoría en la supervivencia de los pacientes con cáncer, al realizar este tipo de tratamiento dirigido al blanco molecular donde se encuentra la alteración genética.³²⁴

Estas técnicas, así como el uso extendido de nuevos medicamentos, sus continuos avances, el creciente interés de sus doctores por la investigación, por la actualización de los recursos disponibles para la ayuda de los pacientes, mantienen a la Unidad de Oncología en un lugar importante en la región.

En el año 2002, en conjunto con todos los profesionales de la Unidad de Oncología del HURGV (cirujanos oncológicos, mastólogos, cirujanos de tórax, ginecólogos oncológicos, radioterapeutas, enfermeros, psicólogos, estudiantes de enfermería de la UIS, residentes y profesores del dpto. de Medicina interna y Cirugía de la UIS, y en unión con la Industria farmacéutica) se logró publicar, el primer libro sobre “Principios y Pautas Fundamentales para el Tratamiento de algunos tipos de cáncer, en la Unidad de Oncología HURGV” (1), del cual se logra publicar 1000 ejemplares que son distribuidos para todos los profesionales del área de oncología, facultades de medicina y decanaturas de todo el país.

En el año 2014, son publicadas por primera vez, las estadísticas propias del comportamiento de las neoplasias vistas en la Unidad de Oncología del HUS³²⁵, con las cuales se reconoció la sobrevida total de las principales afecciones por cáncer de mama, coló-rectal, estómago y pulmón. Encontrando una supervivencia mayor a 5 años, datos menores en comparación con datos históricos que las reportadas en las estadísticas de países desarrollados. Dice el Dr. Insuasty que:

³²⁴ PATIÑO R. Juan Miguel. Entrevista # 4 al Dr. Jesús Solier Insuasty Enríquez. Hora de grabación 08:00 a.m. Grabando nombre de archivo: 150328_001. 2016.

³²⁵ MANTILLA, Alirio Fernando; DÍAZ-MARTÍNEZ, Luis Alfonso; BALLESTEROS, Zully Johanna; CHÁVEZ, Mario Jahir; Meza, Laura Lizeth; INSUASTY, Jesús Solier. The Leser-Trélat Sign. a predictor of useful neoplasms in clinic. Acta Médica Colombia. 2014; p. 272-278.

Estos logros no son producto de ningún ensayo clínico controlado, pero sí fruto de una realidad de una población con trastornos de nutrición, y con enfermedades con estadios supremamente avanzados. Estos se convierten en tratamientos de difícil adherencia dada la procedencia distante de los pacientes de bajos recursos, que obligan a consultas tardías; como consecuencia del difícil acceso a los medicamentos dado el precario sistema de salud que rige a Colombia desde la imposición de reforma a la salud desde el año 1993. Con la cual se aumentó la cobertura para esta inmensa mayoría de pacientes pero con limitación, a la vez al acceso a la valoración por médicos especialistas, a métodos diagnósticos, a fármacos, a procesos de prevención, seguimiento y, o rehabilitación.³²⁶

La Universidad Industrial de Santander continúa trabajando paulatinamente con los especialistas de la unidad para crear espacios de formación de futuros médicos, estudiantes en pre y posgrado. (Bien sea en el área clínica, quirúrgica, radioterapéutica, o cuidados paliativos); a través de diferentes simposios; con la participación de los estudiantes de pre y posgrado en las diferentes juntas médicas de oncología; mediante rotaciones opcionales de residentes de medicina interna, o de internado por oncología. Actividades enriquecedoras que permiten la transformación del panorama actual, ampliando el conocimiento en medicina interna y cáncer para las nuevas generaciones.

El Dr. Insuasty en toda su carrera como oncólogo clínico ha sido gestor y promotor de la educación y la investigación. Con la estrecha colaboración de la Revista Médica UIS, han organizado simposios consecutivos relacionados con Medicina Interna y enfoque del paciente oncológico con visión integral para su manejo (involucrando integralidad con prevención, rehabilitación y, manejo), también ha participado con sus escritos en varios certámenes nacionales e internacionales, siendo algunos de sus trabajos premiados y publicados. Entre los más destacados se encuentran:

- Insuasty Enriquez JS. Principles and rules for the treatment of some cancers. Eds. Colombian Medical records. Bogotá 2002, p. 228. ISBN 958-9179-31-2.
- Insuasty JS. Bermúdez CD, Gamarra G. Grupo Sanguino A y Riesgo de Cáncer Gástrico en Colombia. Acta Medica Colombia. 2006; 31: 400-410.
- Insuasty JS. Bermudez CD, Gamarra G., Blood group A and risk of gastric cancer in Colombia. European Journal of Cancer. Book abstract, Vol. 7, No 2009. ISSN 1359-6349, page 372.
- Insuasty JS, Arenas M., Aguilar JY., Covelli MC, Morales K, Padilla DC., Patino J., Pineda JP. Venous thromboembolism (VTE) as predictor of

³²⁶ PATIÑO R. Juan Miguel. Entrevista # 4 al Dr. Jesús Solier Insuasty Enríquez. Hora de grabación 08:00 a.m. Grabando nombre de archivo: 150328_001. 2016.

neoplasia. Annals of Oncology 2010. Supplement 8: Abstract Book of the 35th ESMO Congress, Vol. 21.

- Parra CE, García LV, Insuasty JS. Experiences of life in women with breast cancer chemotherapy. Revista colombiana de psiquiatría. 2014; 47 (40): 65-84.
- Alarcón ML, Esper JA, Álzate F, Higuera SA, fajardo JE, Insuasty JS. Association between herpes zoster and relapse or progression of solid neoplasms. Acta Medica Colombia. 2014; 39 (10):35-39.

La unidad del Hospital Universitario de Santander, actualmente está disfrutando de un legado que inicia con el liderazgo de la especialización en cáncer que fue ejercido por los radioterapeutas, al principio por el Dr. Espinel Salive y se ha mantenido con sus sucesores <<Dres. Tomas Carlos Durán, Luis Héctor Hernández Acevedo, Rosalba Ospina, Adriana Zableth, Luis Ernesto Téllez (internista, egresado del INC Bogotá >>, quienes tuvieron que ejercer también el área clínica y de aplicación de quimioterapia ante la ausencia de la Especialidad en Oncología Clínica; y este legado se proyecta con la llegada del primer Oncólogo Clínico a Bucaramanga el Dr. Carlos Rojas, se mantiene y sigue creciendo, de la mano del Dr. Jesús Solier Insuasty Enríquez, Primer Internista - Oncólogo Clínico, siempre contando con el trabajo mancomunado y respaldado por este equipo multidisciplinario de especialistas.

6. CONCLUSIONES

Con el informe de esta pasantía demostramos la importancia y el valor que tienen las instituciones de manejo integral del cáncer. Es importante que comprendamos que la sobrevida, la curación e incluso la muerte, son razones que deberían ayudar a entender que en estas unidades existe un trabajo asociado, interdisciplinar y exigente, por esto, es importante que se reconozca que los tratamientos realizados en estas unidades son continuidades de una especialidad que se introdujo en el país, en beneficio de los pacientes, el beneficio de una lucha que a nivel local inició en el hospital San Juan de Dios y que se constituyó en un baluarte para luchar contra el cáncer en Santander.

El presente trabajo, así como los documentos elaborados por Edwin Porras y Cesar Castañeda, muestra la variedad de temas que giran alrededor de esta patología. Un aporte de estos trabajos de grado donde median la universidad y las diferentes sociedades médicas del país, muestra el fortalecimiento en la educación e investigación en el área de la historiografía - medicina, en este caso se representa la Unidad de Oncología y el Grupo de Investigación GIEM, los cuales cuentan con la participación de estudiantes tanto de pregrado como de posgrado de diferentes carreras de la UIS.

Hay que decir que quedan muchos enfoques para seguir esta temática, ya que en estos momentos ha crecido el número de unidades donde se lucha contra esta enfermedad en la región, y en ellos se reúnen el personal, los archivos y los tratamientos idóneos para el control de la enfermedad. Lo relevante de estos estudios puede establecerse en que con ellos, se le puede dar explicación a la salud y a la enfermedad en el país, ya que estos, en su conjunto, reúnen los elementos que le dan sentido a lo que fue la institucionalización del tratamiento del cáncer en la región.

El temor que despierta conocer la enfermedad, nos hace pensar en cuando estará próxima a nuestro entorno. Así como la enfermedad, las representaciones del cáncer seguirán presentes en la sociedad. Las repercusiones sociales, económicas y emocionales que este produce, pueden llegar cada día a ser peores, por el alto número de personas diagnosticadas cada año. La ignorancia producida por la falta de unas políticas claras de promoción y prevención de la enfermedad, las diferentes creencias culturales y el factor económico, siguen siendo las causas principales de que no se hagan diagnósticos a tiempo y por consiguiente siga prevaleciendo la muerte. Deberían ejecutarse las políticas existentes de calidad en cuanto a promoción y prevención del cáncer, que contribuyan a difundir entre la población los alcances que ha logrado la ciencia para brindar soluciones que lleven a un pronto pronóstico, diagnóstico y tratamiento de esta y muchas enfermedades más.

La participación del Dr. Espinel en la consecución de las entidades para luchar contra el cáncer en la región fueron producto de su conocimiento médico, este le

sirvió para cumplir eficazmente con su función social, igualmente, le confirió la capacidad de dar respuesta a los problemas asociados con la enfermedad, ya que, al ser institucionalizada la radioterapia en Santander, le facilitó los recursos necesarios para continuar con los tratamientos; así como abrir el camino a otras especialidades médicas para el tratamiento del cáncer. Se puede afirmar que la creación del servicio de Radioterapia y Cáncer en el HSJD era necesaria y urgente. Su continuidad en la Unidad de Oncología del HURGV, ayudo a la implementación de nuevos servicios y al mejoramiento de los existentes, ya que estos se ajustaban a las propuestas del doctor Espinel en cuanto a la centralización de un Instituto para el tratamiento del cáncer en la región.

Es importante darle reconocimiento al trabajo que se viene realizando en la Unidad de Oncología, rescatando el respeto por la actividad médica, “por una profesión que ha consagrado toda una existencia al estudio, a la desvelada lucha contra las enfermedades”.³²⁷ En este caso, a aquellos personajes como el Dr. Francisco Espinel Salive, y todo el grupo médico que en su momento han conformado el equipo de trabajo de la unidad de oncología, pues son ellos quienes han estudiado el significado de los tumores malignos, la prevención, diagnóstico y sus formas de tratamiento. Diana Obregón dijo que, “el problema de la ciencia no se plantea en términos de cuanto sabia un científico en un momento determinado, ni que tan informado estaba de los avances en la frontera del conocimiento, sino cuál era su práctica, en qué medida logró hacer escuela, y de qué manera sus actividades tuvieron éxito en la creación de instituciones dedicadas a la ciencia”.³²⁸ Algunas personas no estarán de acuerdo con estas premisas, ya que la tendencia es a creer que, cada sujeto trae consigo un aporte nuevo, fin e inicio, al menos en medicina donde un nuevo paradigma sustituye al anterior. Pero para el caso en estudio se pudo observar los aportes del médico reflejados en el compromiso de las nuevas generaciones.

Los doctores: Francisco Espinel Salive, Tomas Carlos Duran, Luis Francisco Barragán García, Luis Fernando Barco, Jorge Gómez Duarte, Gustavo Villabona fueron verdaderos pioneros en cirugía, radioterapia y quimioterapia para combatir el cáncer en la región. Cada uno desde su especialidad brindo sus conocimientos en favor de los pacientes, gesto e inspiro a otros médicos como Luis Héctor Hernández, Carlos Rojas, Rosalba Ospino, Adriana Zableth, Jesús Insuasty, Ernesto Rueda, Jairo Corzo, Javier Arias, Álvaro Niño, Oscar Fernando Calvo. Y otros de promociones más recientes, aplicando las enseñanzas de aquellos médicos eminentes del INC, del profundo conocimiento que tenían del paciente y del comportamiento de los tumores ante la radiación, o los medicamentos.

³²⁷ SERPA FLOREZ, Fernando. Médicos, medicina e historia. Editorial Andes, Bogotá, Colombia. 1977. p. 14. 15.

³²⁸ OBREGÓN TORRES, Diana. Sociedades científicas en Colombia. La invención de una tradición 1859 - 1936. Bogotá, Banco de la Republica, 1992. P. 7.

Hay que destacar que por estos médicos existen otros centros para luchar contra el cáncer en la región que reúnen las condiciones necesarias e infraestructura adecuada, talento humano suficiente y bien entrenado en las diferentes especialidades que requiere el tratamiento, que cuentan con el desarrollo tecnológico y científico, para equilibrar las representaciones sociales, dándole al cáncer un nuevo significado.

También hay que destacar que pese a que han pasado tantos años en la historia de la oncología en Santander, sigue débil la formación básica en el área clínica de oncología tanto para el médico general como para sus especialistas, teniendo este déficit gran repercusión que afecta a la comunidad, retrasando la detección precoz y el tratamiento del cáncer, dada la falta de formación y conciencia de la enfermedad en la comunidad médica. Los correctivos deben emprenderse por consiguiente a educar al profesional de la medicina no solo medico sino paramédico, a las instituciones gubernamentales y a la comunidad para combatir este flagelo de la humanidad.

Actualmente vemos que ha avanzado sustancialmente el ejercicio de la Medicina Interna y una de sus ramas fundamentales la Oncología Clínica, se dispone de métodos diagnósticos, de tratamientos efectivos, como también de una gran diversidad de sub-especialistas en el área de oncología, tanto cirujanos como radioterapeutas, pero con grandes limitaciones, ya que la Unidad de Oncología del HUS, está sujeta a la subvención de las entidades prestadoras de salud; a pesar de esta situación, los profesionales de esta institución prestan el mejor servicio posible en bienestar de los pacientes.

ANEXOS

Anexo A. Acta de grado de la promoción del Dr. Espinel, en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional

178

351

Acta de Grado verificado el día 28 de Mayo de 1955 en la Facultad de Medicina.

En la Facultad de Medicina, a las 11 y 30 a.m. del día 28 de Mayo de 1955, se verificó el acto académico para otorgar el grado de Doctor en Medicina y Cirugía a los alumnos que aprobaron todos los cursos del Plan de estudios de la Facultad, los exámenes preparatorios reglamentarios, y que cumplieron con los requisitos exigidos por el Reglamento.

Presidió el acto el Señor Decano de la Facultad, Profesor Carlos Márquez Villegas, y asistieron los Miembros del Consejo, Profesores Gonzalo Montes Duque, Miguel Ferrano Camargo y Pablo Elías Gutiérrez.

El Señor Decano, después de recibir el juramento reglamentario, confirió en nombre de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de la República de Colombia, el grado de Doctor en Medicina y Cirugía a los alumnos que a continuación se mencionan y puso en sus manos los Diplomas que acreditan este título.

1.- Dr. Raulfo E. Araujo Quiñones.

Diploma N° 3695

C. de C. # 1772128 de Cumaco.

L. M. # 33447 Dto. 16 de Cumaco.

Presidente: Prof. Agr. José A. Jácome Valderrama.

Miembros del Jurado: Prof. Luis Quiñones Suárez.

Prof. Pablo Elías Gutiérrez.

Prof. Agr. Jaime Corral Maldonado.

2.- Dr. Emilio Abuabara Fatule.

Diploma N° 3696

Miembros del Jurado: Prof. Eduardo Cortés Mendoza.
 Prof. Agr. Jaime Corral Maldonado.
 Prof. Agr. Alfonso Vargas Rubiano.

19.- Sr. Manuel A. Dangond Flores.

Diploma N° 3713

c. de c. # 4107993 de Bogotá.

L. M. # 660183 Dto. 33 de Bogotá.

Presidente: Prof. Agr. Alfonso Vargas Rubiano.

Miembros del Jurado: Prof. Pedro José Almazán.

Prof. Julio Forero Villaveces.

Prof. Rafael Ramírez Merchán.

20.- Sr. Eduardo de la Roche Alvarez.

Diploma N° 3714

c. de c. # 4060542 de La Palma.

L. M. # 465852 Dto. 33 de Bogotá.

Presidente: Prof. Santiago Erasmo Cortés.

Miembros del Jurado: Prof. Agr. Jorge E. Santos J.

Prof. Agr. Jaime Corral Maldonado.

Prof. Agr. Alfonso Vargas Rubiano.

21.- Sr. Francisco Espinel Salive.

Diploma N° 3715

c. de c. # 9702 de Bogotá.

L. M. # 517756 Dto. 33 de Bogotá.

Presidente: Prof. Edmundo Pico.

Miembros del Jurado: Prof. Luis Jaime Sánchez.

Prof. Pablo Elías Gutiérrez.

Asist. Dr. Alfonso Díaz Amaya

Centro de Preparatorios por cómputo de Calificaciones.

22.- Sr. Gustavo Fuentes Sanjuan.

Diploma N° 3716

c. de c. # 44332 de Bogotá.

L. M. # 509988 Dto. 33 de Bogotá.

Fuente: Archivo Ministerio de Salud. Bogotá noviembre de 2014.

Anexo B. Comunicación de otorgamiento de la Condecoración al Doctor FRANCISCO ESPINEL SALIVE

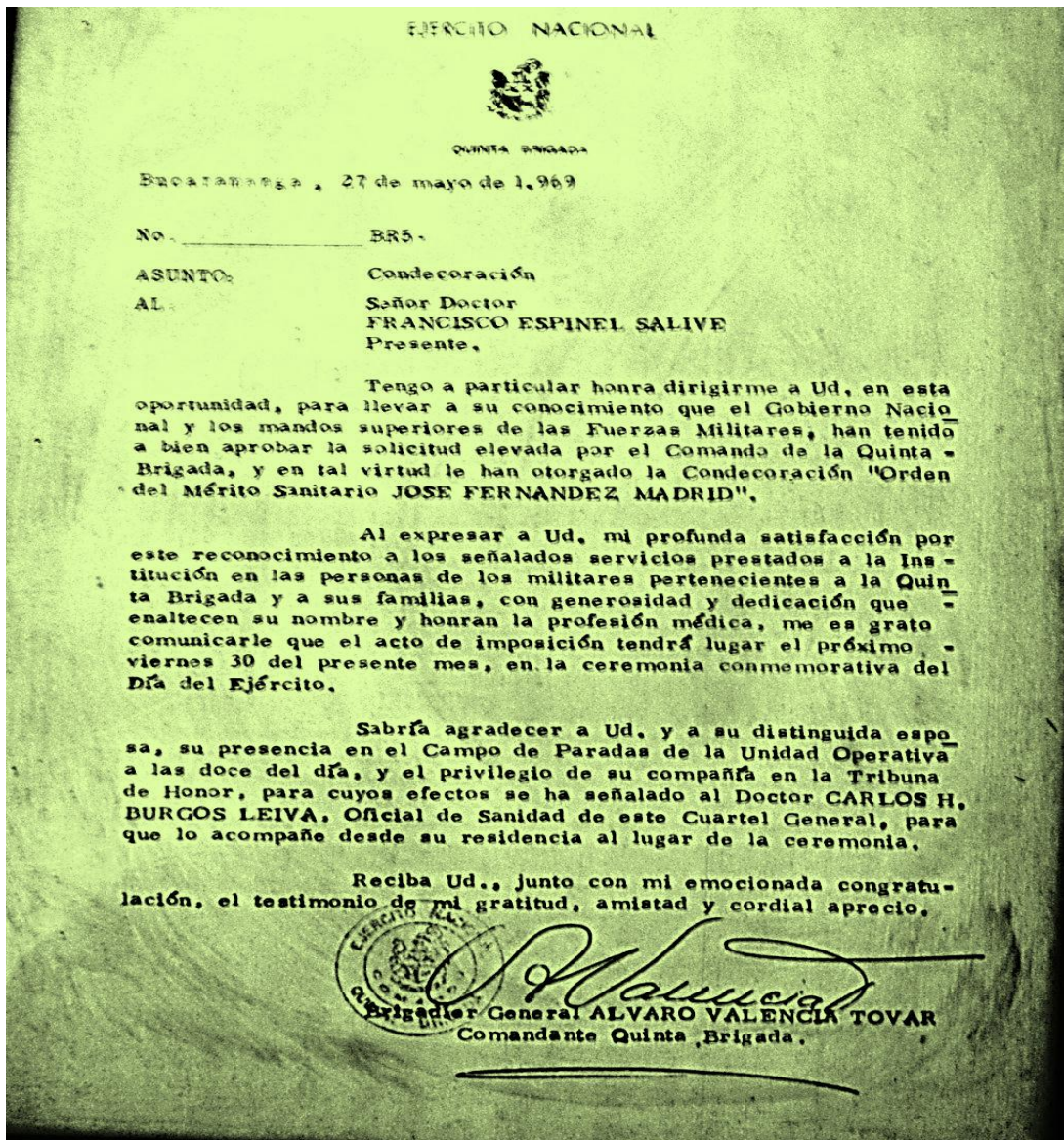


Foto. Carta invitación del Ejército Nacional. Archivo Familia Espinel Correal. 27 de mayo de 1969.

Anexo C. Foto condecoración José Fernández Madrid.



Fuente: Archivo familia Espinel Correal

Anexo D. Foto Ciudadano Meritorio Gobernación de Santander.



Fuente: Archivo familia Espinel Correal

Anexo E. Foto Discurso hecho por el Dr. Espinel. 30 de mayo de 1979

B' manga Mayo 30 de 1979

Agradezco profundamente al Señor Gobernador del Departamento de Santander, Dr. Alfonso Gomez Gomez, este honor que desborda los méritos de una vida médica modesta cuyo eje ha sido y será siempre una misión de servicio al prójimo y a la comunidad, íntima e inmodificablemente predeterminada.

Emocionadamente le recibo, para distribuir su incalculable valor entre mis padres, mi esposa, mi maestro y guía el Doctor Mario Gaitán Yanguas, mis colaboradores y colaboradores de tantos años, mis colegas y mis amigos, que constituyen mi mayor y única riqueza, sin quienes habría sido imposible plasmar de una ilusión ésta ciertamente hermosa realidad que ahora es vida, premio y desafío para un ^{positivo} ~~carreteral~~ progreso y una interminable tarea de superación.

FES

Fuente: Archivo Familia Espinel Correal

Anexo F. Foto Botón Club de Pesca los Sábalos.



Fuente: Archivo familia Espinel Correal