

**HISTORIA DE LA SALUD PÚBLICA EN BUCARAMANGA 1920 – 1973**

**TANY LILIAM MORENO JARABA**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER**

**FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS**

**ESCUELA DE HISTORIA**

**BUCARAMANGA**

**2008**

**HISTORIA DE LA SALUD PÚBLICA EN BUCARAMANGA 1920 – 1973**

**TANY LILIAM MORENO JARABA**

**Trabajo para optar al título de Historiadora**

**Director:**

**Hist. NÉSTOR JOSÉ RUEDA GÓMEZ**

**Codirector:**

**Hist. WILLIAM BUENDIA ACEVEDO**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER**

**FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS**

**ESCUELA DE HISTORIA**

**BUCARAMANGA**

**2008**

## **DEDICATORIA**

Este trabajo está dedicado a todos aquellos que tienen la fortaleza y valentía de terminar cada una de sus empresas, por más “eternas” que parezcan.

A mis padres a los que le debo todo lo que soy, quienes con su comprensión y apoyo me dieron la energía necesaria para conseguir la finalización de esta etapa.

A mi hermana Diana Saray, porque siempre estuvo ahí y cada palabra suya alimentó mi espíritu.

A mis hermanos Christian y Andrés, si me dan a elegir volvería a hacer lo mismo, sus triunfos son los míos y los míos son suyos.

A Álvaro Iván Niño Uribe, por siempre brindarme la tranquilidad que necesito.

A Elkin Díaz Jiménez, por esperar y acompañarme en la espera.

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios, por darme la fortaleza y los medios para llegar a mi meta.

A mis padres, por su paciencia y apoyo.

A mis hermanos, especialmente a mi hermana por su compañía.

Al Historiador Néstor José Rueda Gómez, por jugársela por mi trabajo, por sus orientaciones y paciencia.

Al personal del Archivo del Hospital Ramón González Valencia, quienes con su amabilidad y diligencia hicieron que mi búsqueda fuera más agradable.

## TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN.....	12
1.1. Variables Seguidas En La Investigación.....	21
1.2. Topología Y Descripción De Las Fuentes Primarias .....	22
1.3. Recolección Y Organización De La Información .....	24
2. DE LA MISIÓN ROCKEFELLER A LAS UNIDADES SANITARIAS        1920 – 1935 .....	26
3. DE LAS UNIDADES SANITARIAS A LA CREACIÓN DEL MINISTERIO DE HIGIENE 1935 - 1946.....	51
4. DEL MINISTERIO DE HIGIENE A LAS ZONAS ASISTENCIALES EN BUCARAMANGA 1946 – 1959.....	74
5. DE LAS ZONAS ASISTENCIALES AL HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMÓN GONZÁLEZ VALENCIA 1959 – 1973.....	98
6. CONCLUSIONES GENERALES.....	128
7. BIBLIOGRAFIA.....	135
7.1. Imágenes:.....	139

## TABLA DE ILUSTRACIONES

Fig. 1 Cra. 27. Vista desde el actual Parque Turbay, 1930.....	34
Fig. 2 Fotografía Panorámica del Barrio Álvarez, Bucaramanga 1946 .....	60
Fig. 3 Localización Hospital San Juan de Dios, Bucaramanga 1938.....	68
Fig. 4 Localización Barrio Modelo Proyecto ICT, Bucaramanga 1948.....	79
Fig. 5 Fotografía Barrio Modelo, Bucaramanga 1948 .....	80
Fig. 6 Fotografía cocina de una vivienda obrera de Bucaramanga.....	81
Fig. 7 Fotografía condiciones de vivienda obrera de Bucaramanga .....	82
Fig. 8 Localización de Puestos de Salud, Bucaramanga 1954 .....	88
Fig. 9 Localización Zonas Asistenciales, Bucaramanga 1959 .....	90
Fig. 10 Vista de una vivienda obrera de Bucaramanga .....	106
Fig. 11 Fotografía Panorámica Hospital Ramón González Valencia mediados de los años 70's.....	120
Fig. 12 Localización Principales Instituciones de Beneficencia y Salud, Bucaramanga 1970.....	121
Fig. 13 Condiciones de hacinamiento y sobrepoblación de un barrio marginal de Bucaramanga donde los primeros afectados son los niños.....	125
Fig. 14 Sigue siendo un problema la desnutrición y los problemas gastrointestinales en los barrios marginales de Bucaramanga.....	125

Fig. 15 Vista interior de una casa en un barrio marginal de Bucaramanga donde lo característico es el hacinamiento.....127

Fig. 16 Fotografía Panorámica de un barrio marginal de Bucaramanga sin la infraestructura básica de servicios.....127

## RESUMEN

**TITULO:** "HISTORIA DE LA SALUD PUBLICA EN BUCARAMANGA 1920-1973"<sup>\*</sup>

**AUTOR:** Tany Liliam Moreno Jaraba<sup>\*\*</sup>

**PALABRAS CLAVES:** Infraestructuras de Servicios, Salud Pública, Acueducto, Alcantarillado, Beneficencia, Higiene, Infraestructura Hospitalaria.

### DESCRIPCION:

El presente trabajo describe, de forma cronológica, como la ciudad de Bucaramanga enfrentó los asuntos de salud pública basándose en su crecimiento urbano, conjuntamente con el desarrollo de ciertos aspectos políticos, específicamente aquellos que tuvieron que ver con la legislación creada para regular la prestación de los servicios de salud tanto a nivel nacional como departamental y municipal.

Así mismo se muestra el aspecto económico, el cual determinó el proceso de modernización de los servicios, relacionado directamente con la infraestructura básica para cubrir las necesidades primarias en especial agua potable, evacuación de desechos y aguas negra, además de la creación y dotación de institutos especializados, dichos sustentos fueron significativamente insuficientes; todas estas circunstancias sumadas originaron, en buena medida, el ambiente propicio para la aparición de enfermedades de tipo epidemiológico como anemia tropical, tuberculosis y gripa, los cuales fueron padecimientos que estuvieron directamente relacionados con una estructura urbana carente de servicios básicos; sosteniendo esta situación, por otro lado, un sistema administrativo incapaz de enfrentar los problemas de salud presentados en la época estudiada ya que la investigación describe la existencia de la relación entre salud pública, los procesos de urbanización y crecimiento demográfico.

---

<sup>\*</sup> Proyecto de Grado

<sup>\*\*</sup> Facultad de Ciencias Humanas, Escuela de Historia, Director: Néstor José Rueda G.

## ABSTRACT

**TITLE:** "HISTORY OF PUBLIC HEALTH IN BUCARAMANGA 1920-1973"<sup>\*</sup>

**AUTHOR:** Tany Liliam Moreno Jaraba<sup>\*\*</sup>

**KEY WORDS:** Public Services Infrastructures, Public Health, Aqueduct, Sewage, Charity, Hygiene, Hospital Facilities.

### DESCRIPTION:

This work describe, in a chronological way, how Bucaramanga assume the public health issues based on the city urban growth, simultaneously with the development of some politics aspects, specially those who had to do with the legislation designed to regulate the provision of health services as national as departmental and municipal.

Also the work shows the economic element, which one determinate the public service's improvement process, associated directly with the basic structures to cover the primary needs specially drinking water, disposal of waste and sewage, moreover the creation and supply of specialized institutes, this manning was notably insufficient; all this conditions were the origin, in great measure, of the propitious environments to epidemiological diseases like tropical anemia, tuberculosis and flu, those was related with a urban construction without good basic services; holding this situation, on the other hand, an administration system who was incapable to face the health problems noticed in the study period, because the investigation describes the relation between public health, urban process and demographic growth.

---

<sup>\*</sup> Degree Project

<sup>\*\*</sup> Faculty of Human Science, School of History, Director: Néstor José Rueda G.

## 1. INTRODUCCIÓN

Realizar un proyecto de investigación, acerca de la salud pública, nació en primera instancia de la inquietud originada por la falta del mismo dentro del recorrido historiográfico de la región, de igual forma por la necesidad de conocimiento acerca del tema que es fundamental en el desarrollo de la ciudad, pues se pudieron conocer detalles de la cultura de la ciudad de comienzo de siglo XX, detalles que sólo fueron descubiertos con el uso de la historia urbana y su aplicabilidad en temas como la salud pública.

La elaboración de este proyecto fue de gran interés porque con su desarrollo buscó explicar ciertas situaciones ocurridas en la ciudad de Bucaramanga a comienzos del siglo XX, período que estuvo relacionado con un momento histórico lleno de cambios dentro de la ciudad; debido a que se realizaron obras de crecimiento, dado el aumento poblacional el cual a nivel nacional no fue el más significativo pero a nivel departamental fueron cifras considerables.

Sumado a lo anterior la investigación destaca el desarrollo de los acontecimientos, partiendo del aspecto político, exactamente, las leyes creadas para regular la prestación de los servicios de salud pública instauradas desde el gobierno nacional o departamental, y el aspecto económico que fue el determinante en el proceso de modernización de los servicios. Como consecuencia de lo anterior, los aspectos relacionados con la infraestructura básica para cubrir las necesidades primarias en especial agua potable, evacuación de desechos y aguas negras fueron insuficientes; lo que originó en cierta medida

el nacimiento de enfermedades de tipo epidemiológico como gripa y tuberculosis, las cuales fueron padecimientos que están directamente relacionadas con una estructura urbana que careció de servicios de acueducto o alcantarillado, además de la falta de una infraestructura capaz de enfrentar dichos problemas de salud.

Los procesos arriba mencionados sólo pudieron ser estudiados mediante la búsqueda en las fuentes primarias, ya que existen varias opciones que brindaron información suficiente para la realización del trabajo investigativo, como fueron los archivos del Concejo Municipal y Departamental, además de los periódicos de la época especialmente VANGUARDIA LIBERAL que ofrecieron detalles más concretos acerca de las necesidades y como fueron cubiertas, además de todas las referencias acerca de la cultura cotidiana de los bumangueses que de estos documentos se puede extraer.

La investigación realizada introdujo conceptos particulares en torno a los cuales giró el desarrollo de la misma, estos conceptos fueron: urbanización, salud pública, infraestructura, saneamiento, higiene, enfermedad infecciosa, enfermedad contagiosa, epidemia, endemia, beneficencia y caridad.

Estos conceptos fueron tomados de trabajos que buscaban darles explicaciones a los mismos, o que los manejaron dentro de un contexto más amplio. El empleo de los conceptos arriba mencionados permitió dar una interpretación más concreta al fenómeno que fue objeto de investigación en el presente proyecto de grado.

El objetivo principal de la investigación fue la salud pública, la cual, estaba íntimamente relacionada con los procesos de urbanización y crecimiento

demográfico de la ciudad, por tanto se consideró de vital importancia abordar la investigación desde los conceptos ya mencionados y que se definen a continuación. Citando a C. J. Mitchell, urbanización “es el proceso de transformación de lo rural en urbano, de la migración a las ciudades, de cambiar el quehacer agrícola por otros menesteres peculiares de las ciudades”<sup>1</sup>, de esta forma se estableció que la urbanización hace referencia a la transformación espacial, es decir la transición que existe en el tamaño, la extensión y la distribución espacial de una zona rural que se convierte en urbana.

Así mismo, el aspecto demográfico, dado que al existir una migración a las ciudades y un crecimiento poblacional natural, implica una concentración mayor y como consecuencia, una demanda de infraestructuras, dotaciones y servicios. Inés Sánchez de Madariaga<sup>2</sup>, los define como: “conjunto de infraestructuras de que debe estar servido un terreno dado para ser considerado urbano. También proceso de transformación de un terreno rústico en urbano, incluyendo la realización del conjunto de las obras necesarias para ello

Los procesos de adaptación exigen, transformaciones mentales, reflejadas en los cambios de hábitos y costumbres. Se observó durante todo el proceso, que las campañas de educación son fundamentales en la efectividad de la aplicación de las medidas de control en lo respectivo a la prevención e higiene. Ello toca directamente con la salud pública preventiva, esencial en términos económicos, dado que baja la presión por la demanda de servicios e infraestructuras de salud.

---

<sup>1</sup> RAMOS, Sergio. **URBANIZACIÓN Y SERVICIOS PUBLICOS EN MÉXICO**. Instituto de Investigaciones Sociales. México. 1972.

<sup>2</sup> SANCHEZ, Inés de Madariaga. **INTRODUCCIÓN AL URBANISMO. Conceptos y métodos de la planificación urbana**. Alianza Editorial. Madrid. 1999. Pág. 172

Ildelfonso Cerdà por su parte, plantea el planeamiento de corte “higienista”, en su urbanización de “regulación”, el cual tuvo como objetivo principal adaptar las ciudades a las nuevas exigencias de la sociedad capitalista e industrial, ya que se centraba en los problemas específicos de las infraestructuras utilizadas para salud y la circulación<sup>3</sup>. Dados los innumerables problemas que presentaba el hacinamiento y la precariedad de servicios públicos, caldos de cultivo de la propagación de epidemias.

Introduciendo de esta forma el termino de salud pública, el cual según Rodolfo Flores Talavera y Miguel E. Bustamante<sup>4</sup>, la salud publica es la “acción a base de programas que se estructuran y ejecutan en razón a un plan que considera premisas relacionadas con los individuos y el medio en que actúan, pero que, como objetivo invariable, persiguen el hacer válida la concepción ya aceptada como principio universal de que el bienestar, condición y derecho humano, no se concibe sin salud”.

Profundizando en el anterior concepto, la salud publica en primera instancia es acción, reflejada esta, en una serie de programas utilizados para educar a los individuos en relación con a la higiene, la sanidad del medio ambiente, el control a enfermedades y la organización de los servicios médicos, programas necesarios para la promoción de la salud tanto física y mental de la comunidad en general.

---

<sup>3</sup> Para ampliar estos conceptos ver a Inés Sánchez de Madariaga. Ob. Cit. Pág. 34

<sup>4</sup> FLORES, Talavera Rodolfo y BUSTAMANTE, Miguel E. **SALUD PUBLICA Y DESARROLLO ECONOMICO Y SOCIAL**. En: Revista de **SALUD PUBLICA DE MÉXICO**. Época V. Vol. V, Num. 5. Septiembre – Octubre 1963. Pág. 777

Además de lo anterior como lo aclara la Constitución Política de Colombia<sup>5</sup>, el Estado debe procurar el bienestar individual, familiar y colectivo, mediante la prevención de las enfermedades, la promoción y recuperación de la salud, sobre todo de quienes carecen de medios de subsistencia y tienen derechos a exigirlos.

En cuanto al concepto de infraestructura, se tomó el expuesto por Inés Sánchez de Madariaga, ella hace relación a infraestructura como el “conjunto de elementos y servicios necesarios para la creación y funcionamiento de una ciudad”<sup>6</sup>, además de esto Sánchez divide la infraestructura en dos tipos: Lineal y puntual; las de tipo lineal son aquellas que tienen una configuración en red – viario, es decir, la red de espacios que conectan entre sí las distintas partes de la ciudad, por donde se canalizan los movimientos de personas y mercancías; ejemplo de esta clase de infraestructuras son los tendidos eléctricos, las redes de saneamiento y acometidas de agua. El otro tipo, hace referencia a los nodos fundamentales en la red: depuradoras, vertederos, embalses<sup>7</sup>.

Dentro del concepto de infraestructura, estuvieron contemplados los conceptos de dotaciones y equipamientos, los cuales hacen referencia a las instalaciones destinadas a usos de carácter social, entre ellas, las de uso sanitario, deportivo, cultural, religioso, educativo, etc..., que son gestionadas por el sector público<sup>8</sup>.

---

<sup>5</sup> ARTICULO 49. La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud... **CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA**

<sup>6</sup> Ob. Cit. SANCHEZ, Inés de Madariaga. Pág. 167

<sup>7</sup> Para comprobación de este tema ver: Ob. Cit. SÁNCHEZ, Inés de Madariaga. Pág. 167

<sup>8</sup> Para ampliación de este tema ver: Ob. Cit. SÁNCHEZ, Inés de Madariaga. Pág. 165

Este concepto engloba dentro del proyecto de investigación, lo concerniente a instalación y mantenimiento de acueducto y alcantarillado, además de la creación, dotación y mantenimiento de hospitales, asilos y centros de asistencia social, presentes en la ciudad para mitades del siglo XX.

Un concepto derivado en buena medida del anterior, es el de saneamiento, sanidad o salubridad, conceptos, “que tiene que ver con el mejoramiento de las condiciones de vida de la población, y el cuidado de la salud de la población, que busca adaptar el ambiente a condiciones que permitan vivir sano, sin molestias o incomodidades”<sup>9</sup>.

De esta forma, el saneamiento, tomaba en cuenta, todos los factores y aspectos que se relacionaban con el mejoramiento de las condiciones de vida de la comunidad en general, buscando disminuir y prevenir las enfermedades, este concepto estuvo más relacionado con la configuración de la ciudad que con la medicina, ya que se encargó del medio y no de las enfermedades; pues debido a la falta de saneamiento en una localidad, son mayores los índices de transmisión de enfermedades contagiosas, como lo expresa Mauricio Ortiz, “suciedad, hacinamiento, hambre, es la tríada de la miseria que atrae como un imán a las enfermedades”<sup>10</sup>.

---

<sup>9</sup> BURBANO, Francisco Antonio. **CONVENIO COLOMBO – HOLANDES. PROGRAMA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD. SANEAMIENTO.** Bogotá. 1985.

<sup>10</sup> ORTIZ, Mauricio. **DEVENIR DE LA SALUD PUBLICA EN MÉXICO DURANTE EL SIGLO XX.** Instituto de Salud Pública. México 2000. Pág. 30

El saneamiento tiene como objetivos principales, el abastecimiento de agua, la eliminación de desechos, el tratamiento de las basuras y sobre todo, procurar para los habitantes de las ciudades unas instalaciones higiénicas donde vivir.

Es precisamente el concepto de higiene, un concepto inmerso dentro del concepto de saneamiento, pues higiene es el “conjunto de normas de vida que aseguran al individuo, el ejercicio pleno de todas sus funciones”<sup>11</sup>; este es un concepto más teórico, debido a que está directamente relacionado con el sistema educativo, pues está enfocado hacia la enseñanza de hábitos y principios que promueven la buena salud, dentro de los ámbitos personal, familiar y de la comunidad en general.

Este concepto se usó en el trabajo de investigación, cuando se hizo alusión a las campañas de orientación, para prevenir enfermedades, además de la reglamentación dictada para la construcción y mantenimiento de instituciones benéficas.

En cuanto a los conceptos de enfermedades infecciosas y contagiosas, es importante separarlas; enfermedades infecciosas son aquellas que “pueden transmitirse no por contacto directo, sino a través de un medio o por alguna otra influencia ”<sup>12</sup>, son enfermedades que pueden contraerse por la exposición a un medio en el cual existe un ambiente propicio para proliferación de factores infecciosos, es decir, las enfermedades infecciosas, están directamente

---

<sup>11</sup> Concepto explicado y utilizado por UNDA, Francisco Opazo y SALINAS, Carlos Cordero. **INGENIERIA SANITARIA APLICADA AL SANEAMIENTO Y SALUBRIDAD PÚBLICA**. Editorial Uteha México. 1969 Pág. 28

<sup>12</sup> RUIZ, Prospero. **HIGIENE Y SANEAMIENTO**. Medellín 1948. Pág. 10

relacionadas con el saneamiento de las infraestructuras que proporcionan los servicios básicos de agua y eliminación de desechos, además de la higiene de las viviendas, ejemplo de enfermedades infecciosas están, la tuberculosis, tifoidea y angina diftérica.

Enfermedades contagiosas, por su parte, son las enfermedades “transmitidas por contacto directo o personal”<sup>13</sup>, estas enfermedades están directamente relacionadas con la eficiencia en las campañas de prevención y control de enfermedades como las venéreas y la influenza, debido a que como explica Ruiz, son enfermedades contagiadas por contacto directo con personas ya enfermas.

Derivado de los conceptos anteriores se encuentran epidemia y endemia, siendo epidemia la característica que tiene una enfermedad de “atacar a un gran número de personas de una comunidad en un corto período de tiempo”<sup>14</sup> y endemia hace referencia a las enfermedades “que afecta en forma continua y permanente a una localidad o se limita a una sola clase de personas”<sup>15</sup>.

Estos conceptos se manejaron, para ilustrar las conductas, de las enfermedades que atacaron a los habitantes de Bucaramanga; enfermedades que fueron originadas en cierta medida por la falta de saneamiento en la infraestructura básica y en los lugares de vivienda, además por la ineficiencia en las campañas elaboradas para prevenir y controlar las enfermedades contagiosas.

---

<sup>13</sup> *Ibíd.*

<sup>14</sup> *Ob. Cit. RUIZ, Prospero. Pág. 14*

<sup>15</sup> *Ibíd.*

En cuanto a los conceptos de beneficencia y caridad, están más relacionados con la ideología religiosa imperante para finales de siglo XIX y comienzos del siglo XX; Beneficencia, según Concepción Arenal<sup>16</sup>, “constituye dos elementos uno material, moral otro: el poder y el deseo de hacer el bien”, teniendo en cuenta que la religión heredada por los españoles fue la católica, es decir, la religión de Cristo que se convierte en la religión del Estado, este deseo de hacer el bien bajo estas premisas no encontró ningún obstáculo. Por esta razón, en Colombia los primeros en hablar de beneficencia y caridad fueron las comunidades religiosas que emigraron del viejo continente.

Las personas que tenían suficientes recursos económicos en asocio con las comunidades religiosas y contando con la aprobación del Estado, el cual tenía a la beneficencia pública como función principal dado su corte católico, proporcionaban bienestar y seguridad a los ciudadanos desamparados y enfermos, persiguiendo así la materialización de los principios morales de la caridad enseñados por el catolicismo, siendo entonces la beneficencia “la compasión oficial que ampara al desvalido por un sentimiento de orden y justicia”<sup>17</sup>.

La idea de caridad era más privada, más personal, más comprometida con la idea religiosa del amor al desamparado, “Caridad es la compasión cristiana que acude al menesteroso por amor de Dios y del prójimo”<sup>18</sup>, bajo estos preceptos damas honoríficas de la comunidad dirigidas por comunidades de religiosos, trabajaron en la práctica de la caridad, crearon para ello asociaciones e instituciones que reformaban las costumbres y aliviaban las necesidades materiales de los

---

<sup>16</sup> ARENAL, Concepción. **LA BENEFICENCIA, LA FILANTROPÍA Y LA CARIDAD**. Biblioteca Virtual Miguel de Cervantes. 1950

<sup>17</sup> *Ibíd.*

<sup>18</sup> *Ibíd.*

necesitados y enfermos, de esta forma se crearon la Asociación del Sagrado Corazón de Jesús, la de San Vicente de Paúl, e instituciones como la Gota de Leche y diferentes sala-cunas<sup>19</sup> para la atención de los niños desamparados de la ciudad de Medellín.

### 1.1. Variables Seguidas En La Investigación

Entre las variables que se manejaron en la investigación estuvieron la correspondiente a la política, concretamente las leyes creadas para regular la salud pública, comenzando por las emanadas desde el gobierno nacional además de las departamentales y las municipales, esta variable indicó la forma utilizada por los dirigentes para enfrentar la situación de salud de los colombianos en particular la de los bumangueses de comienzos de siglo XX.

Otra variable, fue la económica, específicamente los presupuestos municipales de los cuales se pudo analizar tópicos relacionados con los dineros del capital municipal que fueron invertidos en asuntos de salud, o la suficiencia de estos dineros usados para cubrir las necesidades de higiene de la ciudad, además de conocer en que fueron invertidos los capitales de la beneficencia municipal.

De igual forma lo correspondiente al monto de dinero dispuesto por las diferentes gobernaciones para ser invertido ya sea en mantenimiento de instituciones y construcciones de las mismas, en campañas de prevención y control de enfermedades, igualmente lo relacionado a instalación o mantenimiento de

---

<sup>19</sup> CASTRO, Patricia. **BENEFICENCIA EN MEDELLÍN. 1880 – 1930.** En: **HISTORIA DE MEDELLÍN.** Editor MELO, Jorge Orlando. Tomo II. Compañía Suramericana de seguros. 1996.

acueducto y alcantarillado, además de todas las disposiciones de control y ordenación de los conceptos referidos a la salud en general.

Sumado a las anteriores, estuvo la variable concerniente a la infraestructura, vista desde los aspectos endógeno y exógeno. En cuanto al aspecto endógeno hizo referencia a todo lo que tiene que ver con las instituciones benéficas en general, es decir, la cantidad y calidad de dichas instituciones, la dotación de las mismas y su correspondiente organización administrativa. Desde el punto de vista exógeno se estudiaron los servicios públicos particularmente el acueducto y alcantarillado, debido a que estos fueron los puntos neurálgicos de la ordenación urbana de Bucaramanga, y para comienzos del siglo XX era notable la inexistencia o insuficiencia de los mencionados servicios, adicionalmente existió otro aspecto importante dentro de la distribución de la ciudad y estuvo reflejada en la improvisación, tugurización de la periferia urbana, como resultado de procesos migratorios internos, sectores de población en condiciones de precariedad económica.

El aspecto concerniente a la salud, fue una variable más de estudio, específicamente las enfermedades que azotaron de manera persistente la salud los ciudadanos bumangueses, sus causas, propagación, control y erradicación de las mismas.

## **1.2. Topología Y Descripción De Las Fuentes Primarias**

El estudio tuvo como base principal el ARCHIVO DEL CONCEJO MUNICIPAL DE BUCARAMANGA; en esta fuente se pudieron encontrar las políticas de

reglamentación creadas por los concejales, especialmente actas y acuerdos, documentos que están referidos a las decisiones tomadas por los mismos acerca de los presupuestos municipales para la construcción de infraestructuras, edificios, dotaciones, campañas de vacunación y prevención de enfermedades, auxilios para causas benéficas, aprobación de sociedades de caridad, en general el aporte de la municipalidad en los temas referidos a la salubridad pública. Estos archivos se encuentran en buen estado y son de fácil acceso para la investigación.

Aspectos de tipo político se pudieron hallar en las LEYES DE LA REPUBLICA. En estos documentos se pudieron encontrar los actos legislativos creados por el congreso de la República, que regulaban los aspectos de salud pública a nivel nacional. Para el trabajo de investigación se utilizaron las leyes promulgadas en el período de tiempo objeto de estudio, las cuales pudieron ser encontradas en el ACDIHR (Archivo del Centro de Documentación e Investigación Histórica Regional).

Sumado a esto se utilizaron los datos encontrados en el ARCHIVO DE LA GOBERNACIÓN, específicamente las ordenanzas, que trazaron las políticas a nivel departamental y la reglamentación concerniente a la salubridad pública. Así como los presupuestos de gastos; aunque estos en muy mal estado, allí se estipulaban las obligaciones que deben cumplir los centros de higiene y beneficencia, campañas de prevención de enfermedades y de mejoramiento del estado de salud.

Otra fuente importante fueron los INFORMES DEL GOBERNADOR DEL DEPARTAMENTO DE SANTANDER, en ellos encontraron actas, documentos, finanzas, campañas, relacionado con los temas de salud en los que se pudieron encontrar datos de especial atención para la reconstrucción histórica,

especialmente la posición del gobierno departamental y municipal ante estos problemas.

Para adentrarnos en el pensamiento de la población en general se utilizaron las Gacetas de Santander y periódicos de la época especialmente Vanguardia Liberal correspondiente a los años de 1920 – 1970, en ellos se pudo hallar información sobre la cultura tanto material como urbana de la población, además de datos económicos y políticos, noticias acerca de decisiones municipales y departamentales en temas de salud, epidemias, campañas de tratamiento y prevención de enfermedades, archivo este que se encuentra en el ACDIHR de la Universidad Industrial de Santander en su estado original o microfilmados.

### **1.3. Recolección Y Organización De La Información**

Para cumplir los objetivos fijados para esta investigación, el trabajo se dividió en varias etapas, se fichó la información obtenida de los archivos del Concejo Municipal y de la Gobernación igual tratamiento se le dio a las Leyes de la República y a los Informes del Gobernador del Departamento de Santander, posteriormente se siguió con el trabajo de fichado de la información emanada de la Gaceta de Santander y del periódico local (Vanguardia Liberal).

Después de tener toda la información en fichas se inició la organización de las mismas, es decir, se ordenó por áreas de trabajo, por ejemplo la información que tiene que ver con acueducto y alcantarillado, la correspondiente a enfermedades, disposiciones de higiene, aseo, construcciones, zonas asistenciales, zonas

negras, entre otras; a partir de este momento se dio inicio a la estructuración de los temas que hicieron parte del texto final de la investigación.

La información obtenida sobre dineros y presupuestos que se debía organizar por cuadros de Excel para su posterior organización por cuadros de imágenes, no pudo realizar debidamente por causa del mal estado o inexistencia de muchos de los documentos necesarios para realizar el seguimiento adecuado y disciplinado del tema, pudieron extraerse algunos datos someros que dibujaron un panorama general del mencionado tema.

## **2. DE LA MISIÓN ROCKEFELLER A LAS UNIDADES SANITARIAS**

### **1920 – 1935**

Los primeros decenios del siglo XX pusieron de manifiesto las nuevas estructuras económicas, políticas y sociales que representaban la modernización capitalista del país; pese al obstáculo que constituyó la Primera Guerra mundial y la iniciación de los movimientos sindicales nacionales; la política vivía una relativa paz dada por el tácito acuerdo entre conservadores y liberales ofreciendo una importante estabilidad y continuidad en las administraciones nacionales.

En cuanto a la economía, el café simbolizó la principal fuente de progreso debido a la relación de dependencia en la cual el Estado, mediante el mecanismo de exportación – importación sometía sus conductas financieras a los ritmos que imponía la producción cafetera dentro del mercado mundial; igualmente la comercialización del banano y la creciente producción de petróleo, contribuían a una naciente vitalidad económica. Este crecimiento económico se vio reflejado en la construcción de vías de transporte, especialmente ferrocarriles, caminos de herradura y algunas carreteras debido a la introducción de los autos que reducían los costos del transporte.

Por otra parte la “industrialización” en nuestro país fue posible gracias al surgimiento de nuevos capitalistas, además de comerciantes y trabajadores asalariados, lo cual produjo una nueva división del trabajo, lo que a su vez originó

la conformación de un mercado interno y el establecimiento de nuevas políticas económicas.<sup>20</sup>

Indistintamente el desarrollo en las exportaciones simultáneamente de hacer crecer la economía del país, dio paso al fenómeno del aumento de la población especialmente en el sector urbano; el desarrollo de algunas ciudades era posible en cuanto al crecimiento en el número de habitantes pues estos otorgan disponibilidad de manos laboriosas para el trabajo en las nacientes industrias.<sup>21</sup>

Dado que el crecimiento de la población era una manifestación concreta de las circunstancias sociales de la época, tenía esta una especial influencia sobre los asuntos de salud e higiene de las ciudades pues la migración, la urbanización y la industrialización fueron los móviles que aceleraron, dadas las condiciones de hacinamiento e insalubridad la aparición de enfermedades y problemas ambientales a los cuales debían hacer frente las administraciones públicas desde todas sus instancias, pues como lo explica Inés Sánchez de Madariaga la infraestructura es el “conjunto de elementos y servicios necesarios para la creación y funcionamiento de la ciudad, siendo esto el soporte de la salud y el orden público”<sup>22</sup>.

Tanto la higiene como los asuntos de salud pública estuvieron relacionados con el desarrollo de las infraestructuras y las posiciones adoptadas por el Estado; según nuestra Constitución, la salud es prioridad nacional y el gobierno debe cubrir las

---

<sup>20</sup> Ampliación de estos temas en: **KALMANOVITZ**, Salomón. **ECONOMÍA Y NACIÓN: Una breve historia de Colombia**. Bogotá, Norma 2003

<sup>21</sup> *Ibíd.* Pág. 294

<sup>22</sup> **SANCHEZ**, Inés de Madariaga. **INTRODUCCION AL URBANISMO. Conceptos y métodos de la planificación urbana**. Alianza Editorial. Madrid 1999. págs. 167-172.

necesidades sanitarias de sus habitantes, es así como a través de la historia se puede ver como se fueron identificando prioridades y problemas y cómo se les fue dando solución.

Durante la segunda década del siglo XX se destaca la forma como estaba organizado el servicio de higiene nacional, ya que investía a los Directores del ramo con la autoridad suficiente para dictar las medidas de higiene y de policía sanitaria, se estableció una Dirección Nacional a cargo de un jefe que tenía bajo su jurisdicción un Director de higiene en cada uno de los departamentos de la república, cada uno con manejo autónomo de las situaciones ya que cada disposición no estaba sujeta a la aprobación de ninguna autoridad política o administrativa y tenía fuerza obligatoria siempre y cuando estuviera de acuerdo con la Ley; aunque con lo anterior no se pretendió de ninguna manera dejar libre al gobierno de sus obligaciones con dicho ramo, los higienistas siempre reclamaron del gobierno una participación más efectiva para generar una autoridad que les permitiera ocupar un lugar más destacado dentro de las cuestiones públicas tanto nacional, como departamental y municipal.

Aunque era sabida la importancia de la acción sanitaria y aun siendo reconocida como la base de la prosperidad de un pueblo, este reconocimiento no se plasmaba de igual manera en las asignaciones presupuestales. Mientras que en otras naciones se destinaban sumas cada vez mayores para este ramo, el Congreso colombiano actúa a la inversa; es decir, para 1921 la partida para gastos de higiene fue de \$433.460, en 1922 bajó a \$188.720, en 1923 se redujo a \$109.000 llegando a niveles irrisorios 1924 año en el que sólo se contó con la suma presupuestaria de \$80.000; lo que quiere decir que en menos de cuatro años los dineros para el ramo de higiene y sanidad pública disminuyeron en aproximadamente un 81% lo cual dejó con muy pocos recursos a la institución

para atender los graves problemas de salud que enfrentaba el país. Mientras que los demás países invertían sumas no menores al 15% de sus rentas comunes, en nuestro país sólo alcanzaba a un 0,5% de las rentas dedicadas para dichas actividades; es así como para el primer trienio del siglo XX se detectó una rapiña de recursos cuya primera damnificada fue la salud pública la cual tuvo que mantenerse a la defensiva.<sup>23</sup>

Atendiendo a las órdenes emanadas de la Reunión Sanitaria Continental de la Habana, llevada a cabo entre el 5 y el 15 de Noviembre de 1924, se aprobó que cada país debería contar con un código sanitario, que perseguía objetivos fundamentales como: adoptar medidas para prevenir la propagación internacional de infecciones o enfermedades, la continua recolección de datos estadísticos concernientes a la morbilidad en cada país estimulando así los informes que persiguieran la futura mejora de ciertas condiciones y obtener una mayor prevención contra enfermedades, sin embargo el mencionado código no obtuvo su aprobación hasta 1930 bajo la presidencia liberal de Enrique Olaya Herrera<sup>24</sup>.

Es importante destacar los esfuerzos internacionales llevados a cabo durante los primeros años del siglo XX, específicamente durante los últimos gobiernos de la hegemonía conservadora, con la llegada al poder de Pedro Nel Ospina, al país le correspondió recoger las semillas del decenio anterior, gracias a los recursos provenientes de los capitales norteamericanos, especialmente los que fueron dados por la indemnización por Panamá; es así como comenzó la denominada “prosperidad al debe”, período caracterizado por la consolidación de una base

---

<sup>23</sup> Ampliación de estos temas en: **ABEL**, Christopher. **Ensayos de historia de la salud en Colombia 1920-1990**. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá 1996

<sup>24</sup> Ob. Cit.

industrial la cual se manifestaría abiertamente en el siguiente decenio bajo el gobierno de los liberales.

El gobierno del liberal Olaya Herrera rompió con la hegemonía conservadora de casi medio siglo y se caracterizó en parte por la unión nacional o de “concentración nacional”, esta administración tuvo que enfrentar los efectos de la Gran Depresión; la cual afectó a nuestro país en términos de reducción de salarios, jornadas de trabajo, suspensión de pagos, cierre de bancos, suspensión de obras públicas y centralización de capitales<sup>25</sup>, por otro lado la política en el plano internacional se manifestó mediante la alineación a la política de abierta intervención en América Latina, mientras en lo social avanzó en asuntos concernientes a la reforma agraria los derechos sindicales y derechos de la mujer; en cuanto a los asuntos de salud e higiene la propuesta más importante fue la de separar lo relativo a la higiene, la asistencia pública, los lazaretos y la protección de la infancia de la cartera de Educación, creándose entonces el Departamento Nacional de Higiene y Asistencia Pública con autonomía e independencia de los demás departamentos administrativos aunque lo ideal hubiese sido la creación del propio Ministerio, pero las dificultades generadas por la crisis del 30 lo aplazó. De otra parte este departamento tenía a su cargo la dirección y la reglamentación de la higiene y asistencia pública en todos los aspectos. Aunque para efectos burocráticos, dicho departamento tuvo que ser adscrito al Ministerio de Gobierno y posteriormente volvió al Ministerio de Educación, pues “no convenía esa rueda suelta con tanta autonomía”.<sup>26</sup>

---

<sup>25</sup> Ampliación de los temas en: **KALMONOVITZ**, Salomón. **ECONOMÍA Y NACIÓN: Una breve historia de Colombia**. Bogotá, Norma 2003

<sup>26</sup> **LEYES DE LA REPÚBLICA**. Ley 1 de 1931

A lo largo de los años treinta del siglo XX, el gobierno tuvo problemas concretos que resolver que exigieron toda su concentración, entre ellos, el control de epidemias, específicamente las relacionadas con las enfermedades venéreas, vigilancia de alimentos y la disminución de la mortalidad infantil.

Tanto el diagnóstico como un tratamiento eficaz a los enfermos contagiosos fue propiciando una mayor intervención del Estado, lo cual produjo una integración entre las medidas preventivas y curativas, que en realidad fueron más curativas dadas los escasos programas de difusión y educación, para lo cual el Estado direccionó una política de asistencia hospitalaria que el gobierno afanosamente quería imponer; aunque la salud pública no era precisamente un tema para ganar votos<sup>27</sup>.

Durante el primer trienio Colombia era identificada como una nación de pobres, la higiene, salud y atención médica en particular, adquiría un matiz de especial tensión para las administraciones. Estos asuntos se movían entre la beneficencia y asistencia pública pues de alguna manera se había intentando fusionar estos estamentos sin ningún resultado puesto que la beneficencia se resistía al control estatal dado su íntima relación con la iglesia y los poderes locales.<sup>28</sup>

Por otro lado entre las más destacadas políticas de la Dirección Nacional de Higiene y Asistencia Pública estaba la reorganización de los servicios de higiene en servicios de higiene y saneamiento ya que involucraba campañas de

---

<sup>27</sup> Para ampliación de este tema en: **ABEL**, Christopher. **Ensayos de historia de la salud en Colombia 1920-1990**. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá 1996

<sup>28</sup> Ob. Cit.

saneamiento y la colaboración directa de médicos, revisores, inspectores y agentes de policía sanitaria; una de las campañas más importante fue la adelantada en cooperación con la Fundación Rockefeller contra el paludismo aunque lamentablemente no tuvo resonancia en la administración central, lo cual se vio reflejado en las partidas mínimas dadas para dicho asunto, ya que los dineros eran usados para el provecho de otros rubros situación que tuvo que sufrir el ramo de la higiene en general, en contraposición, estas campañas de erradicación de enfermedades propiciaron la ampliación de los servicios curativos ya que este tipo de enfermedad no podría ser atacada sin un diagnóstico temprano, de manera que se integraron los servicios preventivos y curativos creándose para ello una serie de Unidades Sanitarias las cuales tenían como objetivo principal la higiene y la prevención de enfermedades teniendo en miras la atención de los trabajadores ya que la salud de estos corría por cuenta de los propietarios de las empresas con ayuda de la administración departamental y las juntas de beneficencia mientras que por ejemplo, la prevención de enfermedades y el manejo de las enfermedades transmisibles corría por cuenta del Estado.

Para la época estudiada, los servicios de salud estaban organizados con lógicas u objetivos diferentes: por un lado, la higiene encargada de la atención y prevención de enfermedades especialmente las de impacto colectivo y por otro la beneficencia cuyo objetivo se basaba en la caridad cristiana y la asistencia social, y por último los médicos que sostenían el servicio privado de la profesión, para corregir dicha situación se presentaron en varias ocasiones proyectos de Ley que expresaban la necesidad de crear un Ministerio de Higiene y Previsión Social.

Como fue mencionado, la depresión de los años treinta expuso la fragilidad de un sistema de salud débil y dependiente de la caridad pública, además tuvo que adoptar posiciones defensivas por la evidente falta de apoyo monetario de parte

de las administraciones en todas sus esferas, ya que este no constituyó un recurso para obtener votos, mientras que la “expansión de la industria artesanal y de fábricas estuvo acompañado por el crecimiento de masas de trabajadores los cuales presionaban por mejorar las condiciones de seguridad e higiene en sus sitios de trabajo y por otro lado los empresarios y la élite social presionaban a su vez por la conveniencia de una fuerza de trabajo sana y con ciudades libres de enfermedades”<sup>29</sup>

Bucaramanga no fue ajena a los procesos antes expuestos. La capital santandereana surgió a partir de su impulso comercial ligado a la “producción y distribución cafetera; una creciente producción tabacalera...una mediana base artesanal y de servicios, su posición geoestratégica regional para la distribución comercial y, unas tasas de crecimiento bajas pero en permanente ascenso”<sup>30</sup>

El panorama físico de la ciudad, para comienzos de siglo XX, dejaba ver una “ciudad” que no podía desprenderse de la imagen del campo, es decir, se presento una lucha antagonista entre los que pretendieron hacer de Bucaramanga una ciudad netamente comercial dedicada a la importación-exportación con apariencia “moderna” dada por cuenta de inmigrante europeos versus las “huertas campesinas con animales domésticos, calles polvorientas, solares con cercados a medio construir y la precariedad de infraestructuras propias de la vida rural”.<sup>31</sup>

---

<sup>29</sup> **ABEL**, Christopher. **Ensayos de historia de la salud en Colombia 1920-1990**. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá 1996. Pág. 74

<sup>30</sup> **RUEDA** Gómez, Néstor José. **BUCARAMANGA. Paradojas de un ordenamiento urbano**. Universidad Santo Tomás. 2003. Pág. 33

<sup>31</sup> Ibid.

1.930 - Carrera 27, vista desde el actual Parque Turbay



Fig. 1 Cra. 27. Vista desde el actual Parque Turbay, 1930  
Fuente: Folleto conmemorativo Urbanas 1965

Bucaramanga se originó a partir de su fuerza comercial, lo que hizo que en la zona central de la ciudad se desarrollaran las más importantes actividades comerciales y artesanales a la par de una naciente industria manufacturera, lo cual hizo que se vivieran circunstancias de hacinamiento que produjo situaciones que se harían insostenibles.

Adicionalmente el problema de falta de servicios públicos, acueducto, alcantarillado, aseo y de higiene en general, fueron los componentes básicos para los graves problemas de salud que se vivieron en la ciudad en los años venideros. Varios fueron los acuerdos y demasiada la tinta que corrió referente a la dotación de una infraestructura de servicios básicos adecuada para la ciudad, ya que para la época, la capital no contaba con equipos suficientes ni eficientes de distribución y potabilización de agua, lo cual por defecto produjo graves problemas gastrointestinales en la ciudad convirtiéndose esto en un verdadero problema de salud pública.<sup>32</sup>

Siendo de urgente necesidad la construcción e instalación domiciliaria de servicios públicos por parte de las administraciones locales, la realidad reflejó la desorganización y la falta de atención de los mismos, pues durante los primeros treinta años del siglo XX, tanto el acueducto como el alcantarillado fueron objetivos principales de personas particulares que tenían la necesidad expresa de llevar agua “potable” hasta sus fincas o lugares de trabajo y desechar las aguas servidas de los sitios mencionados.

---

<sup>32</sup> Ibid., Pág. 53

Es así como se destacan el señor Ángel María Arenas y los señores Penagos, entre otros, como los principales accionistas de las obras de construcción e instalación del acueducto y alcantarillado de la capital santandereana, además de la posterior conformación de una Sociedad Anónima que luego dio paso a la fundación del acueducto municipal,<sup>33</sup> aunque no sería hasta 1934 que el gobierno municipal encara este problema con la expedición de disposiciones que expresaban la urgente necesidad de prolongar el alcantarillado, la construcción de pozos y la pavimentación de calles; trabajos dirigidos por la Oficina de Obras Públicas Municipales, en mayor medida financiados por los propietarios de los predios, mientras que el Concejo apropió o trasladó dineros de los fondos de utilidad pública a fondos de alcantarillado con la finalidad de cumplir con dichas obras.<sup>34</sup>

Realmente este era un grave problema pues solo el 5% de la población contaba con el servicio de acueducto, lo cual produjo serios problemas de salud pública especialmente lo relacionado con los problemas ambientales.

Eran obvias entonces las consecuencias para la salud, si no se contaba con un buen servicio de alcantarillado, tanto para las aguas negras como una adecuada disposición de residuos sólidos residenciales y comerciales que abundaban en las calles de la ciudad, agravado por las deposiciones de las recuas de animales, surgiendo así la contaminación con “larvas que producían la anemia por deficiencia de hierro, las cuales penetraban al torrente sanguíneo por manos y pies descubiertos lo que a su vez facilitó la aparición de la enfermedad conocida como anemia tropical, siendo esta una de las enfermedades que acusó mucho

---

<sup>33</sup> Archivo del Concejo Municipal de Bucaramanga. **A.C.M.B** Acuerdo # 28 Nov. de 1926. Acuerdo # 15 Mayo de 1929.

<sup>34</sup> **A.C.M.B.** acuerdo # 27 de 1934

tiempo, esfuerzo y recursos económicos para poder contrarrestarla”<sup>35</sup>. La anemia tropical también como anquilostomiasis es la infestación causada por anquilostoma o uncinaria, gusano de un tamaño aproximado de 1/2 pulgada de largo, que afecta el intestino delgado, enfermedad ampliamente diseminada por el mundo en particular en las zonas tropicales húmedas, afectando a más de 1.000 millones de personas; el hombre se infecta por la penetración de la larva a través de la piel, esta enfermedad está asociada con malos hábitos higiénicos y falta de infraestructuras de higiene pública. (Organización Mundial de la Salud).

Para enfrentar los brotes de anemia tropical; la gobernación, por su parte adoptó posiciones de colaboración, representadas en la aceptación y diligencia del personal especializado bajo la asesoría de los expertos del Instituto Rockefeller<sup>36</sup>; el cual se encargaba de este tipo de enfermedades tropicales. Puesto en funcionamiento desde 1917 en América, los asesores del Rockefeller ayudaban a elevar la capacidad de las autoridades nacionales y de las ciudades para manejar los problemas de higiene, tomando parte en la creación de laboratorios de salud pública en algunas ciudades importantes de nuestro país, igualmente introdujeron modelos organizacionales y tecnología para enfrentar la anemia tropical y la fiebre amarilla, entre otras, además prestó servicios de asesorías, especialmente en los procesos de cuarentena y en la realización de campañas preventivas y curativas<sup>37</sup>.

Es importante destacar el aporte de la Fundación Rockefeller, cuyas motivaciones parecieron ser filantrópicas, que a la postre se convirtió en un mecanismo de divulgación del conocimiento científico a través de la instalación y desarrollo de

---

<sup>35</sup> Archivo de la Gobernación de Santander. **A.G.S.** Ordenanza # 15 de Marzo 20 de 1920.

<sup>36</sup> **Gaceta de Santander.** Decreto 385 de 18 de Diciembre de 1919.

<sup>37</sup> **ABEL,** Christopher. **Ensayos de historia de la salud en Colombia 1920-1990.** Universidad Nacional de Colombia. Bogotá 1996. Pág. 63-64

laboratorios, dada la experiencia acumulada en otros países latinoamericanos y del Caribe <sup>38</sup>.

Se inició así la lucha para evitar el ambiente insano que facilitaba la incubación de larvas transmisoras de la mencionada enfermedad, siendo evidente la colaboración de la Gobernación de Santander, especialmente en lo concerniente a campañas educativas y de prevención en los pueblos del departamento incluyendo a la capital santandereana<sup>39</sup>, cuya función era, además “suministrar los médicos, vacunas y las drogas necesarias para combatir la anemia tropical...”<sup>40</sup>

Pero cuatro años después (1934) se encontraron evidencias de que las campañas no se habían iniciado o concretado; aparecen entonces autorizaciones al gobernador para hacer acuerdos con el Ministerio de Instrucción y Salubridad Pública y la Junta Internacional del Instituto Rockefeller para dar inicio a las campañas para combatir la anemia tropical.<sup>41</sup>

Conjuntamente con el Instituto Rockefeller y los médicos encargados por la Gobernación de Santander, los trabajos realizados en contra de esta enfermedad se efectuaron con el apoyo del departamento de Uncinariasis del Ministerio de Instrucción y Salubridad Pública, especialmente lo concerniente a dineros para campañas contra la anemia tropical. Para atender esta principal preocupación fue

---

<sup>38</sup> *Ibíd.*

<sup>39</sup> **A.G.S.** Ordenanza # 15 de Marzo 20 de 1920.

<sup>40</sup> **A.G.S.** Ordenanza # 28 de Abril 3 de 1920

<sup>41</sup> **A.G.S.** Ordenanza # 17 de 8 de Abril de 1924

necesario la construcción, instalación y adecuación de letrinas en edificios, trapiches, fábricas, talleres, hoteles, colegios, entre otros lugares de uso público.<sup>42</sup>

Es así como aparece el Departamento de Uncinariasis, dependencia del Ministerio de Instrucción y Salud Pública, departamento que tenía el especial encargo de manejar los dineros de las partidas otorgadas para la organización de las campañas contra la anemia tropical.

En cuanto a la construcción de letrinas, la Gobernación ordenó que en cada presupuesto municipal debía invertirse el 40% de los fondos de Higiene para proveer de dicha dotación sanitaria a los edificios de propiedad municipal y a las escuelas públicas.<sup>43</sup>

De esta manera el municipio y la gobernación enfrentaron uno de los principales problemas de salud pública: la anemia tropical. Voluminosa fue la legislación que se elaboró al respecto; en 1927 la Fundación Rockefeller delegó la atención de dicho problema a los estamentos políticos y administrativos locales, tanto en el manejo de los dineros, organización de campañas y provisión de insumos<sup>44</sup>, pero aún en 1935 se seguían expidiendo ordenanzas a este respecto<sup>45</sup>, evidenciando de esta manera la ineficacia de sus acciones.

---

<sup>42</sup> **Gaceta de Santander.** Ordenanza # 25 de 10 de Abril de 1925

<sup>43</sup> **A.G.S** Ordenanza # 13 de 9 de Abril de 1927

<sup>44</sup> **A.G.S** Ordenanza # 29 de 23 de Abril de 1927

<sup>45</sup> **A.G.S** Ordenanza # 11 de 28 de Junio de 1935

De igual manera es importante destacar que paralela a la anemia tropical, las enfermedades venéreas afectaron de manera importante a los habitantes de la capital santandereana; aunque estas enfermedades no eran ni producidas ni propagadas por las condiciones ambientales y de la ciudad, si era fácil el contagio debido al inadecuado manejo dado a los portadores de estas enfermedades.

Se suma a lo anterior, la escasa educación y el desconocimiento de las formas de contagio, por parte de la población, y desde las instituciones de salud pública, la falta de atención temprana y correcto acompañamiento y tratamiento de los afectados, siendo ésta una preocupación nacional.

En 1925 el Congreso de la República, aprobó la Ley 15, sancionada por el ejecutivo el 13 de enero, en la que ordenó a la Dirección Nacional de Higiene y Asistencia Pública tomar bajo su responsabilidad, liderazgo y organización las campañas y programas para prevenir y combatir la propagación de las enfermedades venéreas. Para lo cual fue necesario “imponer” medidas como: “inspección médica...para personas que necesiten del servicio público o que sean reconocidas con vida pública inmoral...inscripción de los enfermos para ser vigilados y tratados...el deber de hospitalización y tratamientos de los enfermos...se realizará por el tiempo que la autoridad sanitaria lo ordene...”<sup>46</sup> Como se puede colegir los centros de prostitución fueron objetivo clave de las campañas. Sumado a lo anterior el Estado ordeno la creación y funcionamiento en cada capital de departamento, un dispensario antivenéreo, uno para hombres y otro para mujeres, los cuales deberían funcionar sujetos a los reglamentos dictados por la Dirección Nacional de Higiene y Asistencia Pública.<sup>47</sup>

---

<sup>46</sup> **LEYES DE LA REPÚBLICA.** Ley #15 de 13 de Enero de 1925

<sup>47</sup> *Ibíd.*

Ya a nivel departamental se habían anticipado en la lucha contra dichas enfermedades, tanta era la preocupación, que existió una orden para hacer abrir en el hospital San Juan de Dios un servicio a cargo de la Comisión Sanitaria Municipal para luchar contra la sífilis y las otras enfermedades venéreas, asignando para ellos las partidas necesarias del tesoro departamental.<sup>48</sup>

En 1923, la Gobernación de Santander ordenó el establecimiento de una “clínica especial de enfermedades venéreas”<sup>49</sup> especial para atender los casos de sífilis y apoyar las campañas contra la enfermedad, siendo esta financiada por la misma Gobernación, la idea principal era que funcionara separado del Hospital de Caridad, pero aún en 1924, se seguían expidiendo ordenanzas con la idea de “establecer en la ciudad un dispensario destinado exclusivamente a combatir las enfermedades venéreas de las “mujeres públicas” de la ciudad.

Es importante resaltar las observaciones que hicieron los expertos sobre las mencionadas enfermedades considerando como enfermedades venéreas en primer lugar a la sífilis en todos sus períodos y manifestaciones; la sífilis es una enfermedad de transmisión sexual crónica producida por la bacteria espiroqueta *Treponema pallidum*, aunque en comunidades que viven bajo pobres condiciones higiénicas, la sífilis endémica puede transmitirse por contacto no sexual. Pero no se transmite por el uso conjunto de sanitarios, actividades cotidianas o compartir utensilios o ropa; de la misma manera otras enfermedades fueron consideradas igual de importantes entre ellas, las infecciones por gonococos las cuales se consideran enfermedades de transmisión sexual (ETS), aunque no todos los casos de “gonorrea” son transmitidos por contacto sexual; quedando claro de esta

---

<sup>48</sup> **Gaceta de Santander.** Folios # 126-127 de 8 de Abril de 1820.

<sup>49</sup> **A.G.S.** Ordenanza #15 de 7 de Abril de 1923

manera qué tipos de enfermedades iban a ser tratadas en el mencionado dispensario que a su vez necesitaba la constitución de una junta integrada por un médico, el alcalde municipal y el jefe de policía departamental, los cuales debieron trabajar en el empadronamiento de las mujeres “públicas” para su posterior vigilancia y tratamiento en el dispensario.”<sup>50</sup>

Ésta urgente necesidad seguía vertiendo la tinta de los funcionarios oficiales, esta vez un decreto de 1925, hacía expreso el establecimiento en la ciudad de Bucaramanga de un dispensario médico destinado exclusivamente a combatir las enfermedades venéreas de las mujeres “públicas” de la ciudad, que debería llamarse “dispensario de profilaxia social”<sup>51</sup>; posteriormente en 1926, otro decreto pero con el mismo contenido, la enunciada necesidad a la cual aun no se le daba tramite concreto.<sup>52</sup>

Las mujeres que debían ser inscritas en dicho dispensario correspondían a las llamadas “mujeres públicas”, las cuales para la época eran aquellas que “no teniendo trabajo, profesión ni medio de vivir conocido...fueran reconocidas como prostitutas o hubieran motivos suficientes para deducir que viven de la prostitución”. Esta conceptualización la realizaron los funcionarios públicos de la Gobernación de Santander para cumplir con los efectos dictados en anteriores legislaciones, las mujeres, como ya fue mencionado, debían inscribirse en el dispensario y presentarse semanalmente para verificar su estado de salud, además de portar patentes de sanidad, asimismo debían ser responsables de las multas asignadas en el caso de no presentarse al dispensario o no portar la

---

<sup>50</sup> **A.G.S.** Ordenanza # 19 de 8 de Abril de 1924

<sup>51</sup> **Gaceta de Santander.** Decreto # 17 de 10 de Julio de 1925. Folio 211

<sup>52</sup> **Gaceta de Santander.** Decreto # 101 de 23 de Julio de 1926. Folio 234

patente mencionada<sup>53</sup>....pero igual todo era letra muerta pues para la fecha aun no existía tal dispensario....igualmente se aclaró la necesidad expresa que en el mismo dispensario existiese una sala especial para el tratamiento de enfermedades venéreas pero de los “varones” pobres...que en ultimas era un seguimiento a la Ley dictada por el Congreso un año atrás, pero la falta de diligencia y los inexistentes fondos del Ramo de Higiene propiciaron la demora en la realización de la obra; es sólo hasta 1929 que se tiene conocimiento que el dispensario ya estaba en funcionamiento pero de forma incipiente, es decir, sólo funcionaba en control semanal de las “mujeres públicas”, lo que a su vez originaba el reconocimiento de algún enfermedad y dependiendo de su estadio se procedía según los medios; pero era evidente la incapacidad del dispensario para enfrentar las enfermedades en etapas avanzadas dada la solicitud al síndico de una sala con 30 camas para la hospitalización de mujeres enfermas.<sup>54</sup>

Después de la expedición de las múltiples disposiciones, se necesitaron casi ocho años para concretar una de las obras que pretendía atender y atenuar la presencia de aquellas enfermedades que poco o nada tenían que ver con la infraestructura básica de la ciudad pero si con la organización y diligencia de los funcionarios públicos y claro está con la adjudicación de los dineros los cuales fueron muy restringidos para la salud e higiene.

Por otra parte existieron diferentes asuntos que igual concernieron a la Higiene y Salud Pública, por ejemplo, los que se referían a las mujeres gestantes y la atención a la niñez. Realmente durante el primer trienio del siglo XX, estos temas

---

<sup>53</sup> **A.G.S.** Ordenanza # 29 de 13 de Abril de 1926

<sup>54</sup> **A.G.S.** Ordenanza # 29 de 10 de Abril de 1929

tuvieron especial atención, en todas las esferas, comenzando por el Congreso de la República el cual expidió varias Leyes sobre las madres gestantes.

En primer lugar se ordenó en 1924 que todos los hospitales del país tuvieran establecidos salas de maternidad y consultorios gratuitos para mujeres embarazadas y niños menores de diez años, igualmente se ordenó la fundación de salas-cunas, gotas de leche u otras instituciones similares que tuviesen como objetivo la protección de la infancia; conjuntamente se expresó la necesidad de crear una junta dedicada a la protección de los niños, la cual debía trabajar en asocio con el Ministerio de Educación y la Dirección Nacional de Higiene<sup>55</sup>; asimismo el Estado ordenó la creación del Instituto Tutelar, el cual era dependiente de la Dirección Nacional de Higiene y Asistencia Pública el objetivo principal era albergar jóvenes desamparados, además de la fundación de una casa de mujeres menores; además de emitir disposiciones en las que se prohibía la contratación de niños y jóvenes menores de dieciocho años; las anteriores órdenes estuvieron respaldadas con las correspondientes partidas anuales de parte del Estado, para el cumplimiento de las mismas.<sup>56</sup>

Con respecto a Bucaramanga, el Gobierno Nacional expidió una Ley en la que toma a su cargo la construcción de los pabellones que fueren necesarios para el servicio de maternidad, además de dotarlos de los elementos que fueran necesarios, estos deberían estar anexos al Hospital San Juan de Dios.<sup>57</sup>

---

<sup>55</sup> **LEYES DE LA REPUBLICA.** Ley # 48 de 24 de Noviembre de 1924

<sup>56</sup> **LEYES DE LA REPUBLICA.** Ley # 9 de 23 de Septiembre de 1930

<sup>57</sup> **LEYES DE LA REPUBLICA.** Ley # 32 de 16 de Octubre 1935

Siguiendo los lineamientos dictados por el Congreso Nacional, mediante la Ley # 48 del 24 de Noviembre de 1924, durante la presidencia de Pedro Nel Ospina la cual tuvo resonancia diez años después en el departamento con la aprobación de la Ordenanza #12 del 3 de Abril de 1934 la cual fue respaldada por la Asamblea Departamental en pleno encabezada por el presidente de dicho organismo Miguel Galán en la que se ordenó de igual manera la fundación de sala-cunas para la atención de los hijos de las trabajadoras de las fábricas de cigarros, fósforos, sericultura siempre y cuando el numero excediese de 50 personas, de la misma manera se ordenó la creación de un comité de protección a la infancia, en seguimiento a la orden dada por el Gobierno dos años atrás, el comité debería estar integrado por el médico departamental de higiene, el médico de asistencia pública y el secretario de fomento y obras públicas, el que fuere el encargado de ejecutar y reglamentar las disposiciones de cada ordenanza con este respecto, el comité tendría el auxilios del tesoro nacional.

Lo mismo sucedió con la orden de creación de pabellones que funcionasen como salas de maternidad anexos al Hospital de Caridad de la ciudad, los cuales serían subvencionados y dotados por el departamento y la Nación.<sup>58</sup>

A diferencia de los otros temas tocados en este trabajo, los pertinentes a la niñez tuvieron mayor trámite y diligencia, aunque no con la calidad exigida es decir, aunque se siguieron las órdenes que fueran dadas, los asuntos no operaban con la fluidez y diligencia requeridas. En 1934, diez años después de dada la orden de fundación de salas-cunas, todavía se seguían aclarando las normas para la ejecución más eficaz de la Ley.<sup>59</sup>

---

<sup>58</sup> **A.G.S.** Ordenanza # 58 de 27 de Abril de 1926

<sup>59</sup> **A.G.S.** Ordenanza # 12 de 3 de Abril de 1934

Sin embargo, tanto la Nación, como el departamento y el municipio, ofrecieron facilidades, apoyo económico y auxilios extras, para fundar y mantener las estas instituciones.

El papel de las Hermanas de la Presentación, fue sin duda de vital importancia en su apoyo como enfermeras en los hospitales de caridad y en la educación especialmente de niñas y señoritas, de las escuelas y colegios de la región.<sup>60</sup>

En cuanto a los dineros, o la forma de financiación del sector de la salud pública, en la ciudad de Bucaramanga, y en general en todos los municipios del departamento de Santander durante los primeros años del siglo XX, se baso específicamente en la financiación a través del producido de la recién creada Lotería Pública, la cual fue fundada para que cumpliera con este objetivo,<sup>61</sup> para su gestión se creó una junta denominada “Junta de Ingresos de beneficencia” la cual debía organizar el funcionamiento de la Lotería, pero doce años después, el tema de la organización de la Lotería seguía sin definirse.

En 1932 se ordenó la organización de la Lotería de Beneficencia, que debía funcionar bajo la dirección, administración y control de la gerencia de Renta Departamentales, institución que debía liquidar las utilidades de la Lotería distribuyendo 25% de las ganancias para la Beneficencia de Bucaramanga, 65% para la beneficencia del resto del departamento y 10% para el capital de la misma Lotería, adicionalmente cada Concejo Municipal debía gravar hasta un 10% del producido de rifas o espectáculos que se realizaran en los correspondientes

---

<sup>60</sup> <sup>0</sup> **ABEL**, Christopher. **Ensayos de historia de la salud en Colombia 1920-1990**. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá 1996. Pág. 59-67

<sup>61</sup> **A.G.S** Ordenanza # 76 de 29 de Abril de 1920

municipios<sup>62</sup> ; junto con la Lotería los municipios sufragaban los gastos de salubridad e higiene públicas con el 10% ó 20% del producido de la renta de licores fermentados,<sup>63</sup> con lo cual podría pensarse que el monto acumulado pudo ser bastante importante, pero contrario a lógica, los dineros para emprender o sostener acciones sanitarias en la ciudad no fueron afortunadas; en múltiples oportunidades estos dineros o fueron utilizados para otros destinos simplemente se demoraban en llegar.

El impuesto de pobres era otro de los auxilios que contribuía al sostenimiento del sector de la salud, este impuesto tuvo un recorrido largo por los pasillos tanto de la Gobernación como del Concejo Municipal. En 1922 la asamblea mediante Ordenanza No. 5 aprueba el cobro del impuesto de aseo el cual podría ser fijado libremente por el Concejo Municipal, el producido tendría que ser destinado para los gastos de aseo del municipio<sup>64</sup>; en 1926 el Concejo Municipal acordó crear un impuesto de aseo con el fin de pagar el aseo de las plazas, parques y vías públicas del municipio.<sup>65</sup> En 1928 se aprueba un nuevo acuerdo en el cual se ordena de la creación de un impuesto al que se le denominó impuesto de aseo, el cual sería asumido por los pobladores, quedando exentos el hospital de beneficencia, las oficinas públicas, la cárceles, la policía, la casa de mercado y los sitios de culto católico .<sup>66</sup>

Dentro de las políticas administrativas es importante señalar la ordenanza No. 11 de 1935 en la cual se ordena la creación de una Junta de Higiene y Asistencia Pública para el departamento de Santander; esta Junta entraría a funcionar como

---

<sup>62</sup> **A.G.S** Ordenanza # 29 de 27 de Abril de 1932

<sup>63</sup> **Gaceta de Santander**. 5 de Mayo de 1921. Folio 133

<sup>64</sup> **A.G.S** Ordenanza # 5 de 16 de Marzo de 1922

<sup>65</sup> **A.C.M.B** Acuerdo # 5 de 2 de Marzo de 1926

<sup>66</sup> **A.C.M.B** Acuerdo # 7 de 4 de Marzo de 1928

un cuerpo consultivo del gobierno departamental, para todos los asuntos relacionados con la higiene y asistencia pública, simultáneamente a la creación de la junta, el gobierno nacional, especialmente el departamento de higiene dio la orden de establecer Unidades Sanitarias para lo cual el departamento de Santander asignó el 50% de lo recaudado en las partidas destinadas para la Higiene y Asistencia Pública del presupuesto de gobierno; estas unidades sanitarias eran atendidas por el respectivo cuerpo de inspectores de sanidad cuyos contratos eran celebrados por el personero municipal.

La idea de estas Unidades Sanitarias en realidad venía de la Organización Panamericana de Salud, entidad que trabajó en conjunto con la Fundación Rockefeller. La OPS promovió un modelo de servicios administrados por el Estado, en el cual se integraban programas preventivos y atención temprana de enfermedades, el modelo se materializó a través de las Unidades Sanitarias, la primera Unidad Sanitaria se estableció en Pereira en 1934 y posteriormente se instalaron a lo largo del territorio nacional, especialmente en las capitales de departamento; con la creación de las unidades se pretendió haber solucionado el problema de la coordinación de servicios de sanidad y asistencia social preventiva en las principales ciudades; otra ilusión más del Gobierno Nacional<sup>67</sup>.

En síntesis la ciudad tuvo que enfrentar múltiples problemas de salud muchos de ellos agudizados por una incipiente infraestructura básica de servicios, necesarios para un adecuado desarrollo integral de cualquier ser humano.

---

<sup>67</sup> **A.G.S** Ordenanza # 11 de 28 de Junio de 1935

Los problemas descritos a lo largo del presente capítulo hacen alusión a los problemas de salud y políticas presupuestales más persistentes porque fueron los que más tiempo y esfuerzo demandaron de la comunidad en general. Es importante advertir que para la época no era usual asistir al médico, primero por la falta de los mismos y segundo porque la Salud Pública y el papel del Estado soslayo su responsabilidad, convirtiendo este problema más en un asunto de devoción y caridad que de obligación social estatal.<sup>68</sup>

La atención sólo era posible cuando el individuo estaba ad portas de la muerte. En esta medida y a causa del poco presupuesto asignado a la Salud Pública, el caldo de cultivo para la proliferación de las enfermedades infectocontagiosas no pudo ser más propicio entre los más complejos la anemia tropical y las enfermedades venéreas. Otro asunto fue la atención temprana de los neonatos, dada la alta mortalidad por prácticas inadecuadas y condiciones higiénicas precarias.

Otro asunto que tocaba la salud pública era el tema de las condiciones de las viviendas y de las infraestructuras. Muchos de los problemas han estado siempre ligados al tema de las infraestructuras y la calidad de las mismas. Por definición, la forma de enfrentar de los problemas de salud de los núcleos urbanos tiene su raíz en el higienismo.<sup>69</sup> La influencia del racionalismo urbano y las nuevas concepciones de manejo urbano y arquitectónico, incorporaban los elementos de ventilación, luz, unidades sanitarias y manejos de residuos sólidos y líquidos, como elementos esenciales para el otorgamiento de licencias de construcción. Ello

---

<sup>68</sup> **Gaceta de Santander.** 20 de Febrero de 1921. Folio 83

<sup>69</sup> El **higienismo** fue una corriente de pensamiento médico – social referida principalmente al hábitat urbano surgida tras la explosión demográfica de las ciudades industriales occidentales, cuyo objetivo principal fue dotar a sus habitantes de una mejor calidad de vida. De allí se deriva prácticamente toda la legislación tanto europea desde 1839 hasta las reglamentaciones más contemporáneas. Los códigos sanitarios deben su origen esta visión. **ZOIDO**, Florencio y otros, **Diccionario de geografía Urbana, urbanismo y ordenación del territorio.** Ed. Ariel, Barcelona, 2006, pág. 186

de suyo, contribuía a la solución de problemas epidémicos ligados a criaderos de parásitos, problemas diarreicos y hepatitis a entre otras enfermedades comunes.

Otro asunto espinoso y de trascendental importancia fue el financiero, se identificó a lo largo de estos años una política azarosa y carente de planeación hacia el sector. El Estado legislaba a la medida de las necesidades inmediatas, dejando de paso un catalogo de improvisaciones, que nunca pudieron establecer una política estable desde lo financiero, de las loterías a los auxilios y de estos a las donaciones. Sumado a la carencia de un plan de prevención, que puso a sistema de salud a resolver los problemas contingentes, muchos más costosos y traumáticos.

Bucaramanga afectada por las dificultades presupuestales, inició su ordenamiento urbanístico y social en medio de dos tendencias: una rural, mal planificada; y otra mas acorde con el desarrollo urbano de la época: la comercial y artesanal, manufacturera que permitía a algunos inmigrantes europeos, realizar funciones de importación y exportación, lo cual incluyo condiciones de hacinamiento en zonas centrales de la ciudad y consecuencias de vulnerabilidad en la salud de sus habitantes; por falta de acueducto y alcantarillado, inexistencia de aseo e higiene en general.

Bajo estos parámetros la ciudad enfrentó múltiples problemas de salud, agudizados por las políticas presupuestales, la incipiente infraestructura y los errores administrativos provenientes de la improvisación, falta de planeación e inmediatez de las medidas correctivas.

### 3. DE LAS UNIDADES SANITARIAS A LA CREACIÓN DEL MINISTERIO DE HIGIENE 1935 - 1946.

Los primeros años de este período correspondieron al primer mandato de Alfonso López Pumarejo (1934 – 1938); caracterizado, como lo expone Kalmanovitz, por el enfrentamiento entre campesinos y terratenientes, el monopolio de la tierra, las rentas altas y la baja productividad.<sup>70</sup>

Una de las Leyes más importantes expedidas, fue la Ley 200 de 1936, que prescribía la distribución de las tierras no explotadas, dando plazos a los propietarios para su explotación con base en el trabajo asalariado.<sup>71</sup> Así mismo, se realizó una de las muchas reformas a la Constitución Nacional, de la cual se podría destacar, la modificación realizada al concepto de propiedad privada, que permitió una actuación más intervencionista del Estado; de la misma manera se plantearon reformas a la educación implantando nuevos métodos de enseñanza, reformas tributarias que buscaban aumentar el recaudo público, igualmente se ordenó la reforma electoral exigiendo cedulación para la población apta para votar, una medida democrática que lamentablemente no transformó la sociedad de la época por presentarse grandes desigualdades sociales<sup>72</sup>

Sucedió en la presidencia a López Pumarejo, Eduardo Santos; (1938 – 1942) durante este período se tuvo que enfrentar el impacto de la Segunda Guerra

---

<sup>70</sup> **KALMANOVITZ**, Salomón. **ECONOMÍA Y NACIÓN: Una breve historia de Colombia**. Bogotá, Norma 2003. Pagina 341.

<sup>71</sup> Ob. Cit. Pagina 342.

<sup>72</sup> Ver: **MOLINA**, G. “**LAS IDEAS LIBERALES EN COLOMBIA**” Tomo III. Bogota 1977.

Mundial. La conflagración como tal produjo consecuencias a todos los niveles, Colombia vio afectada su economía por causa del cierre de mercados europeos para el café, lo cual hizo que el país tuviera que enfrentar las condiciones del competente mercado norteamericano, de la misma manera, las importaciones también sufrieron su revés lo que produjo un duro racionamiento en el consumo de algunos productos, especialmente industriales y de agricultura.<sup>73</sup>

Alfonso López Pumarejo fue nuevamente presidente en el periodo 1942 – 1945, pero el presidente renunció prematuramente en 1945. Durante estos años, López Pumarejo tuvo que restringir el gasto público, conjuntamente se produjo una caída de los impuestos aduaneros lo cual se vio reflejado en un déficit fiscal, así mismo, López aprobó una reforma tributaria lo que elevó los impuestos a la renta. Todo esto enmarcado en un ambiente de violencia dada por la unificación gremial y la consolidación de un aparataje sindicalista.<sup>74</sup>

En cuanto a los temas de salud; la reforma constitucional de 1936 hizo especial mención a las normas mínimas de higiene y seguridad, especialmente en los sitios de trabajo, aunque de igual forma tuvo que enfrentar las crisis fiscales y políticas, además de una impopular práctica burocrática rutinaria de tramitología, la cual estuvo reflejada por los cambios constantes de los ministros de política social.<sup>75</sup>

Simultáneamente, los progresos en sanidad e higiene estuvieron determinados por lineamientos como, la pobreza y la falta de recursos internos; paralelamente con la

---

<sup>73</sup> **KALMANOVITZ**, Salomón. **ECONOMÍA Y NACIÓN: Una breve historia de Colombia**. Bogotá, Norma 2003. Pagina 363.

<sup>74</sup> **MOLINA**, G. “**LAS IDEAS LIBERALES EN COLOMBIA**” Tomo III. Bogota, 1977.

<sup>75</sup> **ABEL**, Christopher. **Ensayos de historia de la salud en Colombia 1920-1990**. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá 1996.

ignorancia y analfabetismo popular los cuales complicaban aún más el desarrollo de los asuntos de salud; lo que se traducía en ausencia de programas de divulgación y de educación; de la misma manera los intereses privados, reflejado en una estructura organizativa incipiente, impidieron otorgar poder a las juntas médicas, verdaderas encargadas de resolver cualquier tema relacionado con la salud o la higiene pública.

Otra causa importante, fue la idea existente para la época, en el cual los personajes de la “clase alta” señalaban como culpable de las enfermedades y las muertes a las fallas morales de “los pobres”, algo así como el pago por su conducta y posición social, igualmente por la indisciplina social, la falta de caridad y a los vicios que pululaban en la época.<sup>76</sup>

En resumidas cuentas, el Estado, el sector privado, los filántropos o instituciones filantrópicas y los servicios encargados de las emergencias debieron enfrentar el hecho de ser insuficientes para afrontar cualquier epidemia presentada para la época.

En 1936, el Departamento de Higiene reconoció que todos sus esfuerzos estuvieron dirigidos a combatir enfermedades como la tuberculosis y la sífilis, dejando por fuera muchos otros problemas de salud que aquejaban a la población. Surgió entonces, la iniciativa de crear a nivel nacional las Unidades Sanitarias, cuya génesis fue expuesta en el capítulo anterior.

---

<sup>76</sup> Ob. Cit.

Estas unidades deberían ser sostenidas con recursos nacionales, departamentales e incluso municipales. Entre los asuntos que debían atender dichas unidades estuvieron de manera imperativa, los relacionados con la protección de los niños mediante las instituciones como sala cunas y gotas de leche; de igual forma, la creación de un nuevo pensamiento acerca del uso de las letrinas como vía para evitar la aparición y propagación de enfermedades como la anemia tropical; además de otros temas específicamente relacionados con la higiene pública.<sup>77</sup>

Cabe destacar que durante este periodo se realizó en Bogotá la X Conferencia Sanitaria Panamericana, lo cual, mostró la cooperación entre el Estado colombiano y la Organización Panamericana de la Salud. Entre los puntos más importantes se destacaron: la lucha contra las endemias tropicales y la higiene prenatal e infantil, y la protección social y sanitaria de las madres gestantes; estos puntos siempre estuvieron plasmados en la legislación de la época aunque a pesar de ser tomados en cuenta por las administraciones nacionales la realización de las legislaturas demoraron más de lo previsto en todos los casos.

De la misma manera, se plantearon los problemas relacionados con la mortalidad infantil, la mayor eficacia en la lucha contra el paludismo, la anemia tropical y la amibiasis; por su parte, el delegado de Colombia expuso como carencia de nuestro país y de los servicios de salud la urgente necesidad de unificación de los servicios preventivos y curativos a cargo del Estado.

---

<sup>77</sup> **ABEL**, Christopher. **Ensayos de historia de la salud en Colombia 1920-1990**. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá 1996.

Entre los resultados más destacables de la conferencia se pueden mencionar, la necesidad de apoyar el desarrollo de planes de vivienda populares, salubres y baratas; además de los aspectos relacionados con la potabilización del agua y el llamado a continuar con la atención a las patologías tradicionales y las nuevas afecciones especialmente las cardiovasculares y la amibiasis.

Así mismo en 1938, se creó del Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social, según la Ley 96 del 6 de agosto<sup>78</sup>; este ministerio fue la concreción de las aspiraciones de los higienistas y médicos del país, pues habían venido persiguiendo tal fin desde diez años atrás; lo destacable de la conformación del ministerio, fue la legalización de las herramientas que buscaban la integración de los servicios tanto preventivos como curativos desde un punto de vista más técnico, tal cual como lo expuso el delegado de Colombia ante la Conferencia Sanitaria Panamericana.

El ministerio se organizó por departamentos, los cuales atendían desde las instancias administrativas como los negocios generales, las cooperativas y los servicios coordinados de higiene; estos servicios atendían todo lo referente a los asuntos sanitarios, la dirección de las Unidades Sanitarias, las Comisiones Sanitarias, los Centros Mixtos de Salud y las Direcciones y Secretarías Departamentales y Municipales de Higiene; además, atendía las instancias que estaban relacionadas con las acciones higiénicas y preventivas.

La idea principal que promovió la creación del ministerio tuvo que ver con la centralización de esfuerzos tanto económicos como de logística, es decir que la

---

<sup>78</sup> **LEYES DE LA REPÚBLICA.** Ley 96. Agosto 6 de 1938.

contribución de las entidades públicas y privadas estuviesen encausadas para la formación de un fondo común que tuviese como finalidad el sostenimiento de los servicios de salud, conjuntamente la organización de campañas por parte de una autoridad dependiente de las autoridades centrales, pero de igual manera, todo lo anterior tuvo que enfrentar la realidad, limitada por los fondos presupuestales tanto en el departamento como en el municipio, ya que las partidas fueron muy limitadas.<sup>79</sup> Lo anterior debido a la nueva legislación económica, producto de la reforma constitucional en la cual se otorgaron a los departamentos y a los municipios la autonomía para manejar sus propios fondos, de esta manera, muchos de los dineros de la salud fueron desviados y utilizados en otros asuntos.

En cuanto a los temas locales, pueden destacarse dos acontecimientos que afectaron de manera importante el desarrollo de la higiene y la salud en la ciudad; el primer fue la creación de la Sociedad de Mejoras Públicas en 1937<sup>80</sup>, dicha entidad tuvo como finalidad la asistencia en cuanto a ornato, embellecimiento y aseo de la ciudad. Es así como la sociedad emprendió de manera sistemática la realización de tareas como construcción, ordenación y limpieza de parques y centros deportivos de la ciudad.<sup>81</sup>

El segundo evento importante fue la celebración de las “Olimpiadas Nacionales” programadas para 1940 y llevadas a cabo en 1941. Las justas deportivas ejercieron un papel examinador de la organización y eficacia de las infraestructuras públicas existentes en la ciudad.

---

<sup>79</sup> **LEYES DE LA REPÚBLICA.** Decreto 2392/1938.

<sup>80</sup> **ACMB.** Acuerdo # 1 de 1937.

<sup>81</sup> **RUEDA** Gómez, Néstor José. **Bucaramanga. Paradojas de un ordenamiento urbano.** Universidad Santo Tomás. 2003. Página 55

La ciudad debía estar capacitada para el sostenimiento del mencionado evento. Fue así como se emprendió la carrera contra el tiempo para lograr la instalación de los servicios y el “maquillaje” de la ciudad en general; es debido a estos eventos que la ciudad “evidenció más que nunca los rigores de la transición campo – ciudad”<sup>82</sup>, lo cual traería graves consecuencias especialmente en lo relacionado con la higiene pública haciendo necesaria la variación, e incluso la desaparición de dicho paisaje rural dentro de los marcos urbanos de la ciudad.

En 1936 se creó en el Departamento la Dirección Departamental de Higiene, el cual tenía facultades para emitir decretos, disposiciones u otras medidas de carácter general, además señalaba las limitaciones y sanciones; de la misma manera dentro de sus funciones se encontraba la adopción de medidas para enfrentar las enfermedades que más agobiaron a los capitalinos; debía ejercer el control en los hospitales, asilos y demás instituciones de alta congregación de personal con el objetivo de evitar la propagación de enfermedades; conjuntamente debió encargarse de difundir las medidas profilácticas que impidiesen el desarrollo de las enfermedades contagiosas; además de todo lo concerniente a la protección infantil y a las madres gestantes. Así mismo, debía cumplir con las funciones administrativas, las cuales aludían específicamente a la apropiación de partidas necesarias para asuntos de higiene y asistencia pública.<sup>83</sup>

Luego de la creación de la Dirección Departamental de Higiene se estableció la Junta General de Beneficencia en 1938, esta Junta buscaba tener bajo su administración todos los establecimientos de beneficencia de la ciudad, teniendo a su vez, la elaboración del presupuesto general de beneficencia y el reglamento del

---

<sup>82</sup> Ibid. Página 57.

<sup>83</sup> **A.G.S.** Ordenanza #33. Abril 22 de 1936.

Hospital San Juan de Dios y el de las demás instituciones; de la misma manera tuvo a su cargo la creación de sus puestos de trabajo al igual que el nombramiento del personal.<sup>84</sup>

En 1941 La Junta General de Beneficencia, cambio su nombre a Junta Municipal de Beneficencia y fue reorganizada exclusivamente para el manejo del Hospital San Juan de Dios; hospital que subsistía en las peores condiciones de pobreza y de insalubridad, y la junta se hizo cargo de todas las funciones administrativas antes mencionadas.<sup>85</sup>

Sumado a los anteriores organismos administrativos, la asamblea departamental ordenó la creación de una sección dependiente de la Secretaria de Gobierno llamada “Asistencia Social”, esta dependencia debió encargarse de controlar todos los servicios de asistencia social conocidos como Unidades Sanitarias y Comisiones Sanitarias; además de encargarse del recaudo oportuno de los dineros destinados por Ley a las mencionadas instituciones, esta sección debía funcionar mas como apoyo logístico, es decir, estudiando informes y proyectos de elaboración de planes de ampliación y mejoramiento de los servicios sociales que se prestaban en las instituciones a su cargo.<sup>86</sup>

Como si hiciesen falta organismos que atendieran los problemas de salud de los bumangueses, el Ministro de Trabajo y Previsión Social Jorge Eliécer Gaitán, celebró en 1944 un contrato entre el Gobernador y el Personero de municipio para organizar y sostener un centro de higiene en el cual deberían desarrollarse

---

<sup>84</sup> **A.C.M.B.** Acuerdo #11. Marzo 30 de 1938.

<sup>85</sup> **A.C.M.B.** Acuerdo #27. Agosto de 1941.

<sup>86</sup> **A.G.S.** Ordenanza #28. Junio 13 de 1940.

asuntos alusivos al saneamiento general, protección infantil, control de enfermedades transmisibles y diversas campañas, además de labores educativas<sup>87</sup>, lamentablemente la realidad era otra, los habitantes de la capital santandereana debieron enfrentar la ineficacia y negligencia de estos organismos administrativos creados para el control y sostenimiento de la buena salud.

En cuanto a la instalación de la infraestructura básica, específicamente acueducto, alcantarillado y pavimentación de las calles se continuaron expidiendo acuerdos que no hicieron más que demostrar que fueron letra muerta, pues dichas obras llegarían tardíamente ya que eran demasiado costosas y por lo general la solución de un problema era la justificación de otro problema aún mayor. Es así como mucho de los servicios fueron producto de iniciativas privadas los cuales ocasionaban algún ahorro a las administraciones municipales, aunque las ganancias obtenidas hicieron que fuera un buen negocio o la recompensa para el mejor postor, pero debido al costo que representaba la instalación del alcantarillado y la pavimentación de calles estas corrieron con mucha menos suerte que la instalación de un acueducto, pues ésta última era necesidad prioritaria para muchas de las labores realizadas en la ciudad. Es así como la instalación de todos estos servicios estuvieron sujetos a cualquier cantidades de acuerdos y resoluciones que no reflejaban el avance en la construcción de dichas obras.

---

<sup>87</sup> **A.C.M.B.** Acuerdo #1 enero 21 de 1944.

1.946 - Primeras construcciones del Barrio Las Américas  
o Álvarez Restrepo



**Fig. 2** Fotografía Panorámica del Barrio Álvarez, Bucaramanga 1946  
Fuente: Folleto conmemorativo Urbanas 1965

Era tal la necesidad de las obras, que el mismo Congreso de la República expidió una Ley declarando de urgente necesidad la construcción del acueducto y alcantarillado prohibiendo para el efecto la concesión de licencias a particulares ya fuere para usar las aguas o para la instalación de alcantarillados privados.<sup>88</sup>

De esta manera algunos sectores de la ciudad seguían sufriendo, las graves consecuencias de la falta, de un alcantarillado consistente y de un organizado servicio de aseo, lo cual producía en primera instancia la proliferación de “nubes de moscas”<sup>89</sup>, además de la existencia de “pozos negros” los cuales proporcionaron el ambiente adecuado para la reunión de toda clase de animales, como moscas, mosquitos y zancudos, que evidentemente constituyeron un grave peligro para la salud de los bumangueses.

De esta manera es fácil reconocer que para el segundo periodo de estudio de este trabajo, la situación parecía no haber cambiado mucho con respecto al anterior; es decir, que para esta época un sector de la ciudad se preparó y adecuó para la realización de las justas deportivas en 1941 pero el resto de la ciudad seguía padeciendo la incapacidad de la administración pública de instalar los servicios pertinentes mientras corría la tinta en las oficinas y en las calles el agua sucia y los desechos de alimentos y de animales.

Es evidente, entonces, como la falta de dinero hizo que obras como la instalación del alcantarillado y el acueducto fuese un reto difícil de conseguir; debido a esto las administraciones municipales tuvieron que destinar recursos obtenidos para otros asuntos entre ellos para la adquisición y posterior mantenimiento de las

---

<sup>88</sup> **LEYES DE LA REPÚBLICA.** Ley 88. Noviembre 17 de 1941

<sup>89</sup> **VANGUARDIA LIBERAL.** Agosto de 1940.

obras del acueducto; como se puede colegir en varios acuerdos del Concejo municipal, y por lo tanto se dispuso del producido de la casa de mercado para comprar acciones de dicha empresa que hasta el momento funcionaba como empresa privada.<sup>90</sup>

Meses después la Junta Administradora Municipal propuso la compra total de la empresa, para lo cual se realizaron varios préstamos,<sup>91</sup> aunque después fuera derogado este Acuerdo, teniendo como argumento para su objeción, el alto precio de la empresa y que en última instancia la finalidad de la compra era brindar agua higiénica y a buen precio a los habitantes en especial la clase más pobre de la ciudad<sup>92</sup>.

De esta forma, el acueducto fue un tema más en el tintero que no tenía claras soluciones, aún contando con el apoyo de la Nación, pues en 1936 en el Congreso de la República se debatían proyectos de Ley que propusieron la contribución con el 50% del valor que demandase la municipalización del acueducto, pero lamentablemente estos proyectos de Ley sólo fueron eso, proyectos en su mayoría. Siendo sólo hasta 1941 que realmente se aprobó una Ley que respaldó la construcción del acueducto y el alcantarillado de nuestra ciudad, Ley que fue citada anteriormente (Ley 88 de Nov. 17/41).<sup>93</sup>

Simultáneamente, la construcción del alcantarillado no logró contar con mejor suerte, en este periodo se municipalizó aunque no en su totalidad, quedando a cargo del administrador de las empresas y obras públicas municipales y solo fue

---

<sup>90</sup> **A.C.M.B.** Acuerdo #35. Diciembre 18 de 1936.

<sup>91</sup> **A.C.M.B.** Acuerdo #7. Marzo 30 de 1937.

<sup>92</sup> **A.C.M.B.** Acuerdo #14. Septiembre 28 de 1937.

<sup>93</sup> **VANGUARDIA LIBERAL.** Agosto 1938.

obligatorio para dueños de fincas, siendo así discriminatorio para algunos sectores de la ciudad, lo cual evidenciaba el estado perjudicial para la salud de los sectores donde era inexistente<sup>94</sup>.

Así mismo, la pavimentación de calles no fue diferente, igualmente estuvo a cargo de la Junta Administradora de Empresas Públicas en conjunto con el Concejo Municipal y la Sociedad de Mejoras Públicas, éstas instituciones determinaban que sectores de la ciudad eran conveniente pavimentar. Pasado un año desde que la Junta Administradora de Empresas Públicas se adjudicara la pavimentación de las calles, junto con el Concejo y la Sociedad de Mejoras Públicas, entre diciembre de 1937 y junio de 1938 aún se seguían expidiendo acuerdos de la misma naturaleza y con el mismo objetivo, lamentablemente no se había comenzado aún la realización de las obras.

Por otra parte, la ciudad continuaba con graves problemas de sanidad, representados en desagües caseros y de establecimientos públicos en medio de las calles, lo cual producía focos de infección que no fueron atendidos a tiempo por las respectivas entidades.<sup>95</sup>

Cabe anotar que hasta 1941 la prensa escrita deja ver que el alcantarillado “pudiera ser una realidad muy cercana” por lo cual se deduce que seguía siendo empresa privada, pues menciona al señor “Dr. Luis Enrique Orduz” como responsable directo del proyecto, además resalta cómo el costo de dicha empresa correspondió a catorce mil setecientos treinta y un pesos (\$14.731) de los cuales

---

<sup>94</sup> **A.C.M.B.** Acuerdo #25. Julio 16 de 1941.

<sup>95</sup> **VANGUARDIA LIBERAL.** Noviembre 1938 – Octubre 1940.

mil setecientos treinta y nueve (\$1.739) correspondió al aporte realizado por el Municipio de Bucaramanga al proyecto.<sup>96</sup>

Así mismo es fácil encontrar evidencias acerca de la calidad del servicio; la queja consistió en la insuficiencia de la red, pues continuaban los pozos negros y otros medios insalubres que debieron haberse resuelto con la instalación de la obra.<sup>97</sup>

Lo anterior era evidente dada la cantidad de botaderos y “hoyos repletos de inmundicias” los cuales provocaron la proliferación de moscas, zancudos y mosquitos, lo cual evidenciaba la ineficacia de la acción de las Unidades Sanitarias y los Servicios de Asistencia Social y no precisamente por la ausencia de los mismos, un par de años más tarde la ciudad seguía sufriendo de la inoperancia de las entidades, como la queja misma lo denunciaba, “las funciones policivas de Sanidad eran apenas un simulacro”<sup>98</sup>.

La causa de estas situaciones fue en muchos casos la corrupción, dado que se expresó en varias oportunidades la necesidad de hostigar a la Unidad Sanitaria debido a la inexplicable desaparición de dineros. El panorama no era muy alentador, debido a que nunca fueron afrontados los problemas de higiene y salud pública con el interés debido; estas cuestiones siempre estuvieron rezagadas de por los mismos parlamentarios, ya por la falta de dinero o por la inapropiada” utilización de los mismos. En síntesis las resoluciones y acuerdos sobre el tema seguían siendo letra muerta.

---

<sup>96</sup> **VANGUARDIA LIBERAL**. Enero 1941.

<sup>97</sup> **VANGUARDIA LIBERAL**. Mayo 1940.

<sup>98</sup> **VANGUARDIA LIBERAL**. Agosto 1941.

Otro problema que tuvieron que enfrentar las autoridades municipales correspondió a la forma antihigiénica en que vivían los obreros y personas de bajos recursos, pues la mayoría de ellos estaban arrendados en lugares sin servicios de agua y luz eléctrica unos, y sin servicios sanitarios y ventilación adecuada otros.<sup>99</sup> De esta manera, buscando solucionar el problema, se expidieron una serie de ordenanzas en las cuales se autorizaba al ejecutivo para la construcción de casas para empleados municipales, para lo cual se abrió un fondo llamado “Construcción de Casas Higiénicas Para Trabajadores”.

Para elaborar los planos y presupuestos fueron determinantes la cantidad de empleados, los sueldos y capacidad económica de los mismos, es decir, una especie de estratificación al interior de los empleados. Aunque esta obra tuvo mayor diligencia, igual no se vio concretada sino varios años después.<sup>100</sup>

Era evidente que como consecuencia, de la insuficiencia de servicios públicos la ausencia o falta de calidad de los mismos, y sumado la carencia de higiene de los barrios obreros y de las personas de escasos recursos en donde vivían apiñados con poca ventilación y salubridad, las enfermedades infecciones respiratorias, específicamente la tuberculosis pulmonar y las enfermedades causadas por las plagas de moscas y mosquitos; conjuntamente con las enfermedades que se presentaron en el periodo anterior, como la fiebre amarilla ó la anemia tropical que no dejaron de azotar a la población.

---

<sup>99</sup> **RUEDA** Gómez, Néstor José. **Bucaramanga. Paradojas de un ordenamiento urbano**. Universidad Santo Tomás. 2003. Página 81.

<sup>100</sup> **A.C.M.B.** Acuerdo #15. Julio 23 de 1940.

El problema era denunciado de manera constante e incisiva en los periódicos locales, nombrando barrios y calles donde proliferaban las plagas, además de denunciar la falta de atención a este problema por parte de las respectivas autoridades sanitarias.<sup>101</sup>

En cuanto al problema de la tuberculosis un hospital sanatorio que atendiese a los enfermos era urgente pero la obra no pudo ver la luz hasta 1941, atendiendo a 2500 enfermos aproximadamente, cifra que medía la cantidad de pacientes atacados por la tuberculosis en cuatro meses. Iniciándose por fin y con inversiones considerables; las campañas pedagógicas sobre como prevenir y enfrentar la peligrosa enfermedad.<sup>102</sup> Los fondos para dichas actividades fueron recaudados a través de funciones de teatro organizadas por “damas prestantes de la ciudad en cumplimiento de su deber social y cristiano” en el Teatro Garnica.

La autocensura, ligada a problemas del estigma social, contribuyó de forma exponencial a la propagación de las enfermedades venéreas. Ello representó un problema adicional a la administración de salud, pues los afectados preferían no asistir al médico para evitar el escarnio público, de igual forma la cantidad de “mujeres públicas” había aumentado y la zona de tolerancia aún no estaba bien determinada y por consiguiente la asistencia social y preventiva agravaba el problema.

---

<sup>101</sup> **VANGUARDIA LIBERAL.** Agosto – Octubre 1940, Enero – Mayo 1942, Febrero 1943, Marzo – Julio 1944, Marzo – Septiembre 1946.

<sup>102</sup> **A.G.S.** Ordenanza #20. Junio 5 de 1943.

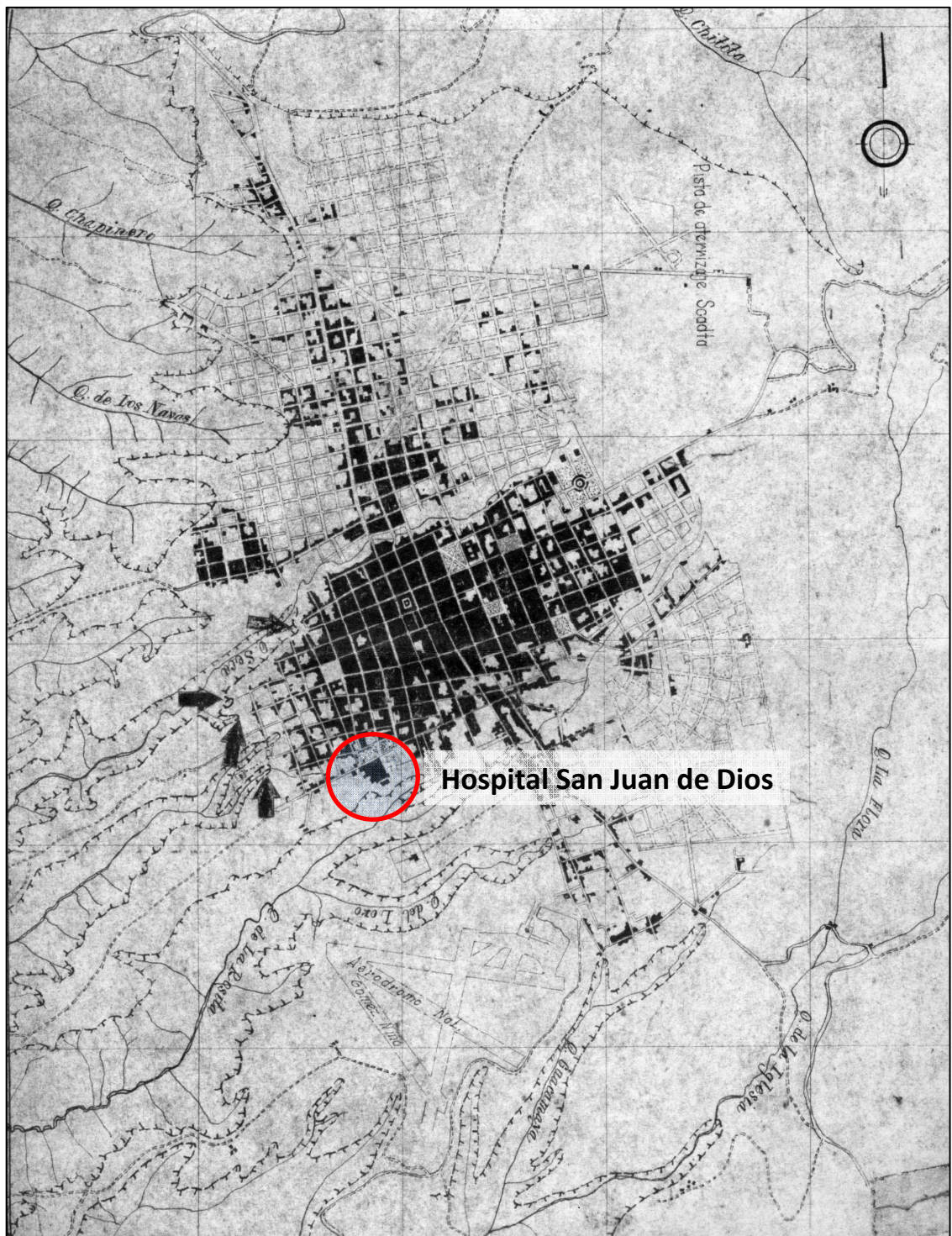
En estas condiciones, la ciudad los problemas ocasionados por la falta de organización y el incumplimiento de la legislación que atendía los asuntos de salubridad e higiene pública, como fue mencionado en párrafos anteriores.

En la medida que la ciudad crecía demográfica y físicamente, el Hospital San Juan de Dios era insuficiente. La histórica construcción evidenciaba problemas de espacios operativos y funcionales, para sus nuevas demandas, es así como, surge la idea de construir un nuevo hospital, esta vez incorporando los elementos de la Arquitectura Moderna, que ya había hecho carrera en Colombia. La vetusta construcción ubicada en el Parque Romero no daba abasto con tantos enfermos, diseminados en múltiples áreas y servicios.

El establecimiento se sostuvo gracias a las ayudas prestadas por grupos de caridad de “damas” importantes y de religiosos que alentaban a los “bumangueses... a emprender” campañas en pro de dicho hospital, organizando para ello, tés bailables y bazares, debido a que las ayudas de las administraciones nunca fueron suficientes para evitar las condiciones extremas en las que allí se trabajaba.<sup>103</sup>

---

<sup>103</sup> **VANGUARDIA LIBERAL**. Septiembre 1938.



**Fig. 3** Localización Hospital San Juan de Dios, Bucaramanga 1938  
Fuente: Base cartográfica Área Metropolitana de Bucaramanga

La prensa local reseñaba constantemente el problema y advertía que la ciudad debía tener una “edificación para un hospital moderno que pudiera responder las exigencias de los pobladores de la ciudad”<sup>104</sup>. Pero es importante anotar que aunque la necesidad de construir un nuevo hospital fue una idea que cada vez tomaba más fuerza, debido a las constantes denuncias de la población a través la prensa escrita, se optó por una solución transitoria, es decir, invertir los recursos para realizar ampliaciones a la infraestructura decadente del ya existente, con el objeto de dejarlo “mejor equipado” por algunos años más.

La readecuación anteriormente mencionada fue posible por la cantidad considerable de inversión económica por parte de las administraciones públicas encabezadas por la nación hasta las realizadas por el municipio, lo cual dejaba ver la obvia incompetencia de dichas administraciones que sólo fueron efectivas bajo la presión ejercida por la comunidad y por la idea de la posible competencia de una clínica particular naciente de capital privado.

La idea de un hospital moderno se hace oficial en 1946 para lo cual se propusieron las acciones del “Teatro Santander” siendo este propiedad del Municipio; es importante aclarar que el departamento figuraba como contribuyente de esta obra con la cifra de cincuenta mil pesos (\$50.000) mensuales hasta el momento en que la obra se diera por terminada. Este edificio correspondería a lo que después se conoció como “Hospital Ramón González Valencia”.

Los problemas de la salud tocaba a todos los estratos sociales y un hospital de caridad, en condiciones cada vez más precarias no debía resultar agradable para

---

<sup>104</sup> **VANGUARDIA LIBERAL**. Octubre 1938.

una población con suficiente capacidad económica, para sufragar los gastos médico asistenciales, naciendo en 1942, la idea de una clínica particular.

Como respuesta a estos requerimientos nacionales se expidieron ordenanzas que otorgaron partidas para la construcción de la “Casa del Niño Enfermo” lo cual sería el precedente a la situación antes mencionada, pues fue la primera institución que se hizo cargo de dichos temas de manera concreta.<sup>105</sup> En cuanto a las demás instituciones de tipo benéfico que sostenía el municipio se puede concluir el mal estado y abandono que estos tuvieron que soportar, es así como sala cunas y asilos no contaron con el suficiente apoyo económico, recursos siempre insuficientes y a destiempo.

Por otro lado los asilos oficiales eran escasos y deficientemente sostenidos, fue así como lo empresa privada tuvo que sostener algunos asilos y especialmente a algunas sala cunas de las cuales, los primeros beneficiarios fueron los hijos de los obreros que trabajaban en las industrias tabacaleras, razón por la cual estas empresas asumieron el sostenimiento de las instituciones.

Las indagaciones hechas hasta aquí, dan cuenta de una dinámica paquidérmica de las políticas de higiene, en términos de las intervenciones en infraestructuras, dotaciones, equipamientos y por sobretodo en la organización y ejecución de programas de salud preventiva. En cuanto a infraestructura pública se pasó de ser objeto de figuras privadas a su correspondiente municipalización, aunque esto no representó ninguna mejoría en el servicio pues sólo algunos sectores de la ciudad

---

<sup>105</sup> **A.G.S.** Ordenanza #49. Junio 10 de 1937.

gozaban de acueducto, alcantarillado o de calles pavimentadas y aun así dichos servicios no eran de la mejor calidad.

Pese a la expedición de Leyes, Ordenanzas, Acuerdo y Decretos, la Salud pública durante las décadas del 30 y 40 estuvieron plagadas de inconsistencias y contradicciones. Refleja así mismo, que los problemas de salud pública son estructurales y que ellos no pueden ser asuntos meramente coyunturales. Coinciden así mismo, los problemas epidémicos de enfermedades de fácil contagio con una población migrante, predominantemente campesina, con perfiles educativos bajos, que dificultaron e hicieron más compleja la efectividad de las campañas de prevención.

Si bien muchas de las enfermedades infectocontagiosas no estaban directamente relacionadas con las infraestructuras de servicios públicos, estas si son un factor decisivo en la calidad de la salud pública y el saneamiento básico. Es de suyo conocido que la ingesta de agua no potable produce la mayoría de muertes de infantes por diarrea, así mismo es el foco predilecto para la propagación de la hepatitis A. En tal sentido la construcción de estas infraestructuras debía ser un proceso paralelo al del mejoramiento de las dotaciones hospitalarias y los programas de prevención.

En síntesis dos hechos notables; uno de carácter municipal: la creación de la “Sociedad de Mejoras Públicas” en 1937 y otro del orden nacional: “las Olimpiadas Nacionales” en 1941; las cuales marcaron un ligero avance y desarrollo del sistema de higiene y salud de la ciudad. Previamente, en 1936 se creó la Dirección Departamental de Higiene y se estableció la Junta General de Beneficencia en 1938, para administrar todas las instituciones del ramo, la

Asamblea Departamental igualmente ordenó la creación de otro organismo seccional con el nombre de Asistencia Social, para controlar las unidades y las comisiones sanitarias; que por negligencia decayeron en la prestación del servicio y la corrupción administrativa, perdiéndose, así, recursos destinados al sostenimiento de la buena salud.

En cuanto a la infraestructura y por extremas necesidades de acueducto y alcantarillado y pavimentación de vías; se fueron expidiendo acuerdos y hasta una Ley del Congreso ordenando dichas construcciones y como el andar estatal fue tan lento, muchos sectores de la ciudad seguían sufriendo por falta de las mencionadas obras, además de la proliferación de “nubes de moscas, zancudos y pozos de aguas negras” que se constituyeron en un grave peligro para la salud pública.

Por otro lado, los enfermos de tuberculosis, que fue la enfermedad más persistente para la época; solo pudieron recibir tratamientos a partir de la inauguración de un hospital sanatorio en 1941 con capacidad de atención para 2500 pacientes. Por otra parte los enfermos con problemas de enfermedades venéreas atemorizados por el estigma social contribuyeron a la propagación de las mencionadas enfermedades, constituyendo así, una carga adicional para las administraciones publicas, lo cual evidenció la insuficiencia del Hospital San Juan de Dios causado de alguna manera por el crecimiento demográfico y lo deteriorado de sus instalaciones, esta situación originó la idea de creación de un hospital nuevo, moderno y mejor equipado, pero dicha idea fue remplazada con la construcción en 1942 de una clínica particular.

Así mismo en 1946 se hizo oficial el lanzamiento del Plan de Recursos para lo que en un futuro sería el Hospital Ramón González Valencia cerrando así los once años correspondientes a este capítulo; con las contradicciones del crecimiento de los problemas de salud y los dilemas de la municipalización de los servicios e infraestructura básica.

#### 4. DEL MINISTERIO DE HIGIENE A LAS ZONAS ASISTENCIALES EN BUCARAMANGA 1946 – 1959

El inicio de esta época correspondió al cambio de estatus político en el país, pues se dio paso a la hegemonía conservadora con los periodos presidenciales de los ingenieros Mariano Ospina Pérez (1946 – 1950) y Laureano Gómez Castro (1950 – 1951), el cual fue reemplazado por el también conservador Roberto Urdaneta Arbeláez (1951 – 1953), es así como en medio del sectarismo y la violencia se sentaron las bases de un país aparentemente “industrial, urbano y moderno” pero en el cual fue muy difícil erradicar las profundas diferencias sociales, producto de un capitalismo insuficiente y dependiente.

Se dio paso a una nueva elite empresarial, la cual contaba con el respaldo del Estado y manejaba audazmente el triangulo de oro de la economía colombiana Bogotá – Cali – Medellín. Conjuntamente, se presentó un importante desarrollo en los trasportes a pesar del decaimiento del río Magdalena, todo esto enmarcado en el proteccionismo nacionalista de corte conservador, como ya fue mencionado; así mismo se presentaron importantes reformas aduaneras además de la creación de empresas estatales como ECOPETROL. Y también, el fortalecimiento de algunas instituciones públicas; es así como aparentemente el país introdujo la modernidad aunque al interior de la nación se presagiaba y se gestaba una nueva guerra civil, si no la más importante, por lo menos la más sangrienta.<sup>106</sup>

---

<sup>106</sup> Ampliación de estos temas en: **POSADA**, Francisco. “Colombia: Violencia y subdesarrollo”. Ed. Universidad Nacional: Divulgación cultural. 1969.

Las mencionadas administraciones correspondieron a lo que la historia llama la “época de la violencia”, sucesos que estuvieron encabezados por el asesinato de Jorge Eliécer Gaitán; quien había desempeñado las labores de Ministro de Trabajo, Higiene y Previsión Social, por ende los hechos que se desencadenaron después de este suceso, la sublevación e incendios del 9 de abril de 1948, la persecución política, la clausura del Congreso y la instauración del “Estado de Sitio”, igualmente el surgimiento de las guerrillas, la declaración de ilegalidad de los sindicatos, así como el nacimiento de un partido político correspondiente a un pequeño sector comunista; sumado a lo anterior, la escena de millares de muertos que quedaron como consecuencia de la intolerancia y la falta de un aparato administrativo basado en los principios de cordura, lo cual desembocó en un golpe militar promovido desde el interior del mismo partido conservador y bien recibido por el partido liberal, el cual se encontraba diezmado y disperso.

En el aspecto económico el país bajo el régimen conservador experimentó un crecimiento más sólido, pues el final de la Segunda Guerra Mundial favoreció la expansión industrial no sólo porque se pudo conquistar de nuevo los mercados europeos, sino por la inversión de las divisas acumuladas durante el conflicto, aunque la anterior situación correspondió igualmente al empobrecimiento de las clases populares, puesto que se abarataron los salarios, o lo que llamó el Ministro de Hacienda José María Bernal “el ideal de la vida cara”<sup>107</sup>

En cuanto a los temas de higiene y salud este periodo funcionó de manera paradójica, porque a pesar del desorden y el caos vivido a nivel nacional, se registraron procesos de creación de instrumentos legales e institucionales que

---

<sup>107</sup>Estos temas en: **CAMPOS** Guzmán, Germán, **FALS** Borda, Orlando, y **UMAÑA** Luna, Eduardo. “**La Violencia en Colombia**”. Bogotá. 1962.

permitieron un flujo sostenido de la cooperación internacional, comenzando con la correspondiente creación del Ministerio de Higiene en 1946. La creación del Ministerio consiguió separar los asuntos de higiene y asistencia pública de los laborales y de la seguridad social, los cuales quedaron a cargo del Ministerio de Trabajo, conjuntamente la ley 90 de 1946 creó el Instituto de Seguros Sociales complementado por la Caja Nacional de Previsión.

De esta manera se evidencia que las prioridades de salud para la época habían cambiado, ahora se perseguía con afán el fortalecimiento de la estructura de la salud en el aspecto oficial, además del aumento en la contratación de personal médico calificado y la preocupación por la salud y el medio ambiente con instalaciones sanitarias y el mejoramiento del sistema hospitalario.

A mediados del siglo XX la salud en Colombia no dependía por primera vez de ningún partido político, estaba respaldada por entidades extranjeras específicamente la OMS (Organización Mundial de la Salud) la cual había nacido de la determinación de la ONU, además de la OPS (Organización Panamericana de la Salud) entre otras.

Así mismo, con la Segunda Guerra Mundial se despertó un gran interés por la medicina, lo cual correspondía de alguna manera a la falta de especialistas, además impulso la educación de los mismos mediante la apertura de facultades y escuelas de enfermería; es entonces como el cuidado de la salud fue “el centro de los experimentos estatales”.

Pero como parece ser una regla en nuestro país, el recién creado ministerio y los institutos, estuvieron igualmente viciados por la falta de presupuesto y financiación nacional, al tiempo que la recesión limitaba el gasto social. Tema aparte era la inestabilidad y la rotación laboral.

El sistema hospitalario utilizado hasta la época era completamente inseguro y fragmentado, el hospital de caridad estuvo sostenido por las tarifas que pagaban los pacientes aunque para mediados de la época en estudio se diseñó el primer plan hospitalario<sup>108</sup>. Es así como el “progreso médico y quirúrgico se escribe con hospitales” se inicia entonces el cambio, el verdadero cambio, acerca del imaginario social correspondiente a la idea que se tenía del hospital<sup>109</sup>. Podría decirse que este fue el periodo del resurgimiento del Hospital, no sólo como hospital moderno si no, del hospital como instituto asequible y necesario dentro de la sociedad.

Como fue explicado anteriormente, debido al tipo de medicina que se practicaba, la cual manejaba los principios de la medicina curativa y no preventiva, el hospital tenía el mote de “moridero”, donde el paciente llegaba a buscar la finalización de sus males sólo con la muerte, pero con el cambio radical hacia la medicina preventiva, el hospital empieza a gozar de una mejor presentación, en la cual se emplea personal entrenado y preparado para lograr el mejor resultado y la mayor comodidad de los pacientes.

---

<sup>108</sup> Ampliación de estos temas en **ABEL**, Christopher. “**Ensayos de historia de la salud en Colombia 1920-1990**”. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá 1996.

<sup>109</sup> **JACOME** Valderrama, José. “**El Hospital en Colombia**”. Imprenta del Departamento. Bucaramanga. Pág. 17

Es así como los hospitales en nuestro país pasaron de ser regidos y administrados por órdenes religiosas, las cuales tenían como única finalidad el auxilio espiritual por encima del auxilio material, a ser un bien propio de médicos y estudiantes practicando el “arte de curar” encausado por la vía de la medicina preventiva, dejando así de ser el lugar para la finalización de enfermedades, convirtiéndose entonces en un verdadero centro de salud, estas acotaciones serán muy útiles cuando se detalle el análisis a nivel local.<sup>110</sup>

Bucaramanga a mediados del siglo XX distaba mucho de ser la capital moderna y empresarial que sus patricios soñaban. El fenómeno de la migración interna produjo un importante aumento poblacional “la ciudad había duplicado su población en poco menos de 15 años, pasando de 51.283 habitantes en 1938 a 112.152 en 1951”<sup>111</sup>, las consecuencias de la anterior circunstancia fueron obvias: los habitantes buscaban ubicar sus viviendas de manera informal en asentamientos apiñados con carencia de servicios básicos y adecuada ventilación, lo cual a su vez trajo como consecuencia las enfermedades infecto-contagiosas que se han venido resaltando a lo largo de la investigación.

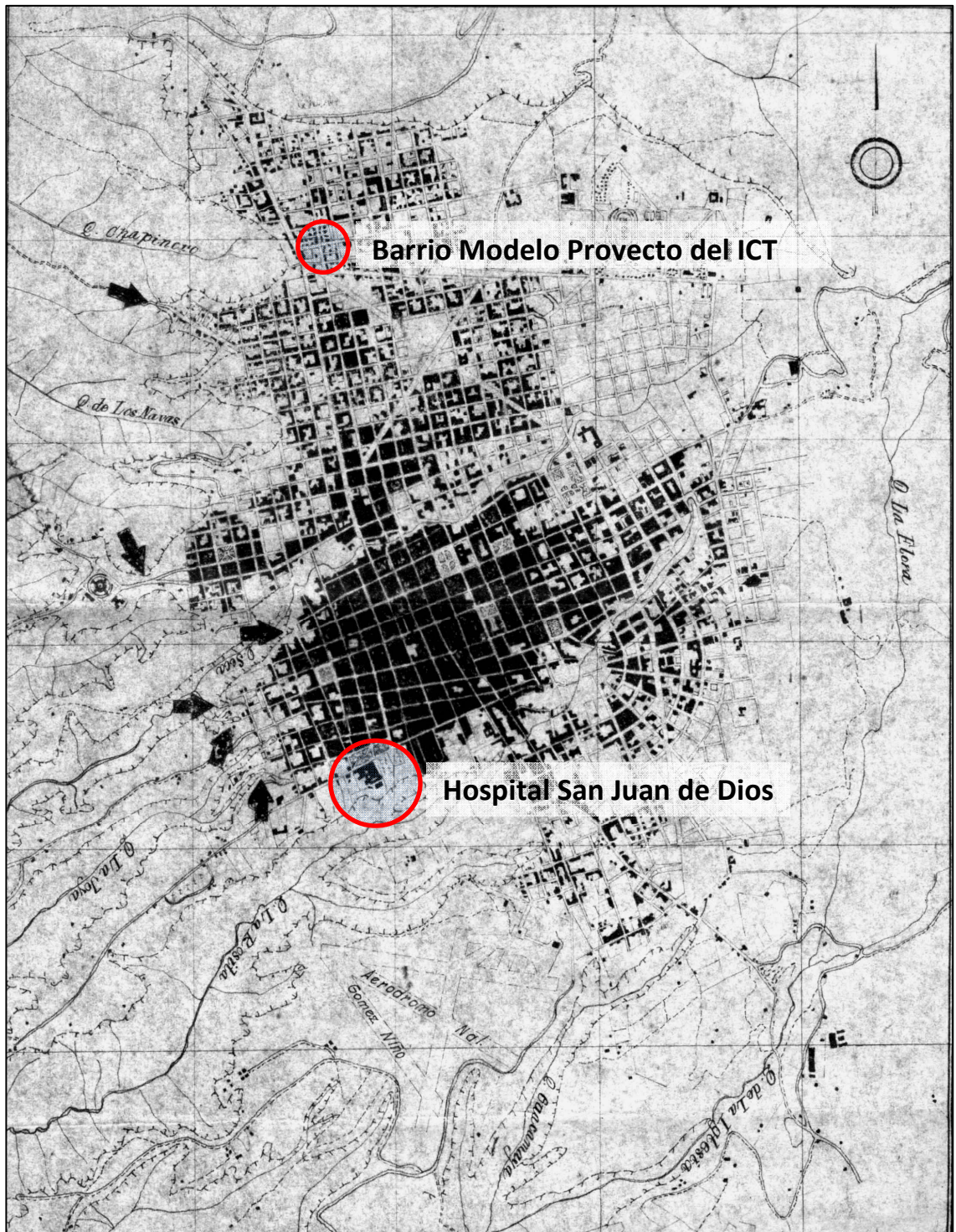
El Barrio Popular Modelo representó una sustitución y un freno importante a la proliferación de zonas subnormales. Para las administraciones y para el Instituto de Crédito Territorial, creado mediante un decreto ley expedido por el gobierno de Eduardo Santos en 1939, cuyo objetivo era la solución de problemas de vivienda, especialmente las de corte popular evitando así la aparición de las zonas negras en las grandes ciudades<sup>112</sup>.

---

<sup>110</sup> *Ibíd.* Pág. 35

<sup>111</sup> **RUEDA** Gómez, Néstor José. “**Bucaramanga. Paradojas de un ordenamiento urbano**”. Universidad Santo Tomás. 2003. Página 96

<sup>112</sup> *Ibíd.* Pág. 92.



**Fig. 4** Localización Barrio Modelo Proyecto ICT, Bucaramanga 1948  
Fuente: Base cartográfica Área Metropolitana de Bucaramanga



**Fig. 5** Fotografía Barrio Modelo, Bucaramanga 1948  
Fuente: Archivo ICT

De esta manera y valiéndose de la “figura” mencionada, varios alcaldes de Bucaramanga, celebraron convenios y destinaron partidas importantes con el objeto de erradicar los tugurios o zonas negras e iniciar la construcción de casas “decentes” para los obreros de la ciudad; pero lamentablemente estos proyectos resultaron insuficientes, dada la alta tasa de crecimiento en las grandes ciudades; de esta manera “el problema de la planificación y construcción de los barrios obreros y la vivienda popular, nunca fue suficiente”<sup>113</sup>.



**Fig. 6** Fotografía cocina de una vivienda obrera de Bucaramanga  
Fuente: Censo de población obrera Bucaramanga DANE 1942

---

<sup>113</sup> *Ibíd.*, Pág. 96,.



**Fig. 7** Fotografía condiciones de vivienda obrera de Bucaramanga  
Fuente: Censo de población obrera Bucaramanga DANE 1942

Entrando los años 60's aun se seguía considerando "la erradicación de tugurios, un problema social de graves y crecientes características"<sup>114</sup>.

---

<sup>114</sup> **A.G.S.** Ordenanza # 138 de Noviembre 29 de 1958.

Sumado a lo anterior, la ciudad en general aun para mediados del siglo no contaba con una red de acueducto y alcantarillado adecuados para soportar las demandas poblacionales, igualmente carecían sus calles de una adecuada pavimentación lo cual complicaba aun mas el problema de higiene y salubridad de la capital santandereana; complementando esta situación, el tránsito de recuas que a su vez iban dejando desechos y al mismo tiempo iban esparciéndolos por toda la ciudad, aumentando los índices de enfermedades especialmente en los niños.

Los asuntos correspondientes al acueducto y al alcantarillado, aún seguían vertiendo tinta en los salones del Concejo Municipal y la Asamblea Departamental, a la larga se convirtieron en un rompecabezas donde cada pieza fue cedida al mejor postor pues no pudo ser costeadado en su totalidad por las administraciones de turno, debido a la rapiña financiera en algunos casos, en otros por la fragilidad presupuestal que siempre azotó a la economía local.

Mientras seguía instalándose la red de alcantarillado por tramos, el déficit de letrinas crecía, en 1951 se especulaba que había más de millón de letrinas faltantes alrededor de la ciudad, lo cual afectaba directamente el saneamiento de la capital santandereana.<sup>115</sup> El diario describía la situación como “escenas dantescas de suciedad, donde las aguas negras corrían sobre las principales calles de la ciudad.” Igualmente y debido a la economía informal que siempre fue una constante, no se salvaba ni el hospital, pues este siempre permaneció rodeado de cortezas y residuos resultantes de la falta de aseo del sector, convirtiendo la zona en todo un “muladar”.

---

<sup>115</sup> **Vanguardia Liberal**. Junio 1951

De esta manera el panorama se tildaba como de “tenebroso”, porque tanto las principales calles, como uno de los más importantes institutos de beneficencia continuaba siendo objetos de desaseo y de acumulación de aguas sucias y de desechos humanos y animales, incentivando la proliferación de roedores, portadores por excelencia de enfermedades potencialmente peligrosas para la salud.<sup>116</sup> Los habitantes de la capital santandereana seguían implorando a las autoridades con urgente necesidad, la ejecución de las obras de alcantarillado y conjuntamente las autoridades todavía seguían persiguiendo partidas y financiación para la mencionada obra.

Por otro lado, aunque el acueducto contaba con mejor suerte aun seguía siendo una realidad esquiva, pues a pesar de tener Bucaramanga fuentes naturales de aprovisionamiento y de ser el agua la principal necesidad para propiciar servicios de sanidad e higiene adecuados sólo hasta 1950 pudo cristalizarse dicha obra<sup>117</sup>, la misma que en 1958 se planteo su municipalización. Lo importante es que en el proceso de instalación de esta obra, se pudo destacar la eficacia y la calidad de la misma, pues contó con la inversión monetaria requerida, además de un ensanche reflejado en la instalación de nuevas tuberías, un nuevo tanque con mayor capacidad, una nueva planta de tratamiento de aguas y nuevas líneas de conducción con mayor capacidad y mayor cobertura, siendo todas estas materializadas para el año de 1959, así los habitantes de la ciudad de Bucaramanga pudieron solucionar el problema de escasez de agua y potabilización de la misma<sup>118</sup>.

---

<sup>116</sup> **Vanguardia Liberal**. Marzo – Septiembre 1953. Noviembre 1955.

<sup>117</sup> **Vanguardia Liberal**. Marzo 1950

<sup>118</sup> **Vanguardia Liberal**. Julio 1958. Junio 1959.

En 1949, a raíz de la violencia política suscitada, las defunciones crecieron inusitadamente generando una verdadera crisis. El cementerio municipal, funcionaba bajo la inmediata dependencia y vigilancia de una junta que estuvo conformada por el alcalde, el presidente del concejo y el personero municipal.

Los procesos de expedición de licencias para sepultar cadáveres en bóvedas o en fosas, y los procesos de exhumación de los mismos debían estar aprobados por el director de Higiene Departamental, pero ello se fue tornando dramático, dado el aumento de fallecimientos y el poco espacio para su debida sepultura, es así como Bucaramanga tuvo que enfrentar una situación no solo de carácter social, sino y fundamentalmente de saneamiento ambiental, debido a la falta de espacio en el cementerio. El asunto tocó fondo cuando las autoridades se vieron precisadas a sepultar en fosas comunes los cuerpos, para luego exhumar los cadáveres 4 o 5 meses después de haber sido sepultados, para así poder dar espacio a otros.

La solución debió generar un verdadero conflicto, obligando a la Dirección Municipal de Higiene, emitir una resolución por la cual se estableció la prohibición de exhumar los cadáveres antes de cumplir el tiempo reglamentario el cual correspondía de 4 a 6 años, de igual manera se prohibió enterrar unos cadáveres encima de otros, en el afán de evitar así la formación de focos propagadores de enfermedades infecto-contagiosas<sup>119</sup>.

Es precisamente el incumplimiento de la mencionada resolución y el creciente problema lo que hizo que las autoridades municipales determinaron la

---

<sup>119</sup> Resolución 1 de enero 28 de 1949

construcción de un nuevo cementerio, pues era evidente que el existente no contaba con los requisitos exigidos por las autoridades sanitarias. En 1951, existe evidencia que expresa la materialización de la mencionada obra o por lo menos de los trabajos fueron adelantados.<sup>120</sup> En 1958, Bucaramanga contaba efectivamente con un nuevo cementerio costado por la administración municipal.

La Dirección Municipal de Higiene, dependiente de la Alcaldía tendría un peso importante en la organización de la salud pública. Esta oficina estuvo organizada por secciones:<sup>121</sup> La correspondiente a los temas de saneamiento, la encargada de los temas de veterinaria y control de alimentos, una de vacunación, una de enfermeras visitadoras, otra de laboratorio, una de policía sanitaria y una de aseo; aunque en 1949 todas las secciones anteriores a excepción de la policía sanitaria dejaron de ser parte de la Dirección Municipal de Higiene para pasar a depender de la Personería Municipal.

Dentro de las funciones más importantes de la Dirección Municipal de Higiene estaban: las inspecciones domiciliarias, la expedición de patentes sanitarias, control sanitario de hospitales, asilos, colegios, hoteles, acueductos, talleres, fabricas, bares, peluquerías, cementerio, etc, profilaxis de las enfermedades trasmisibles, vacunación preventiva, revisión desde el punto de vista higiénico de planos y proyectos para nuevas urbanizaciones y edificios de la ciudad, dirección y control del servicio de aseo, recolección y tratamiento de basuras; sin duda esta entidad tuvo gran influencia en lo que a los temas de salud e higiene del municipio se refería.

---

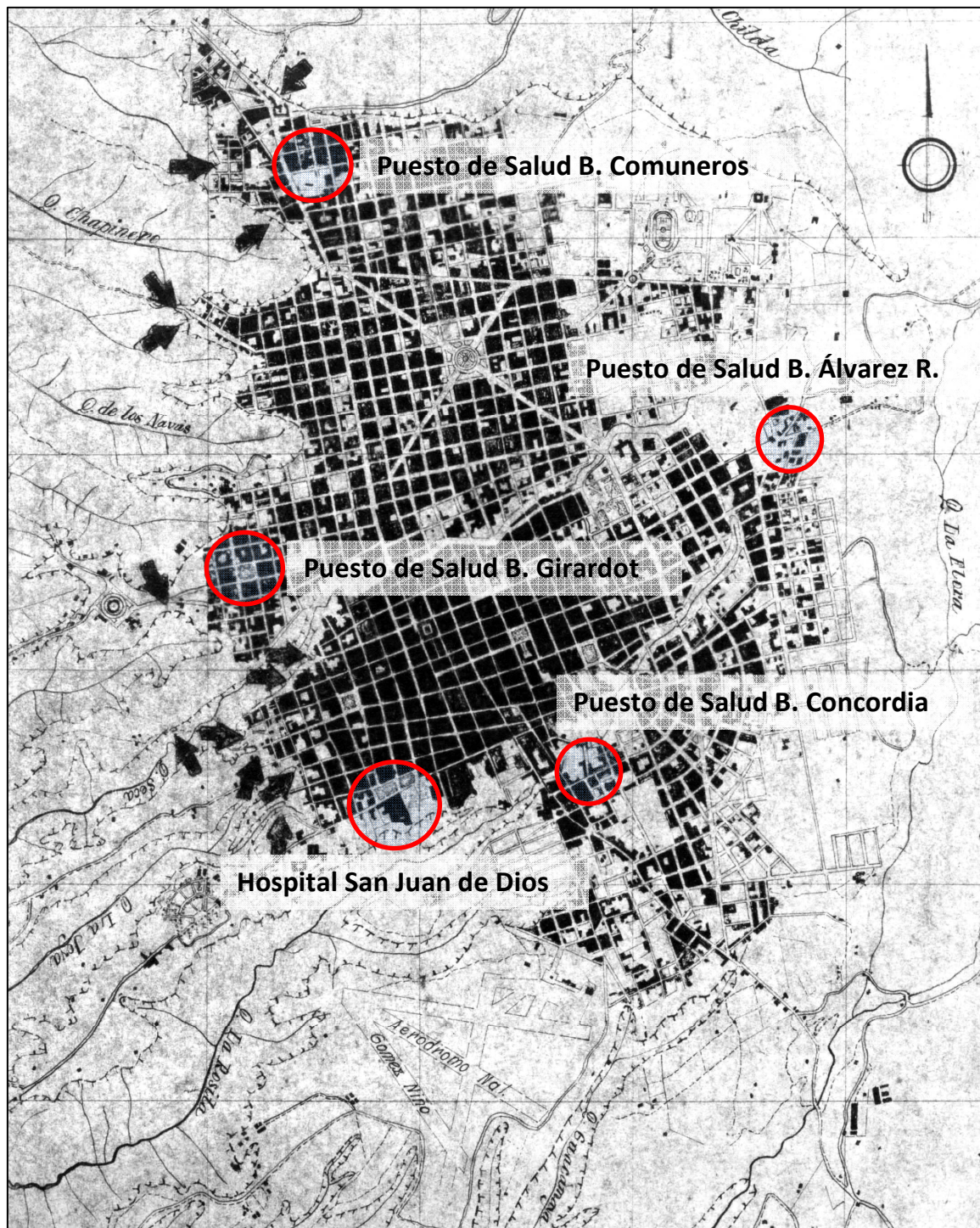
<sup>120</sup> **Vanguardia Liberal**. Abril 1951.

<sup>121</sup> **A.C.M.B.** Acuerdo #20 de 1947

Atendiendo al nuevo ideal de la medicina; la medicina como el “arte de curar” es decir, el ala preventiva mediante la creación de herramientas que acercaran esta idea a las personas reacias a interiorizar la nueva propuesta médica, en 1954 se acordó el funcionamiento de cuatro puestos de salud distribuidos por diferentes barrios de la ciudad así: Álvarez, Restrepo, Girardot, Comuneros y la Concordia, atendidos estos por un médico director jefe de consulta materno-infantil, un secretario, un odontólogo, una enfermera para ayuda en consulta y visitadora, una enfermera vacunadora, cuatro inspectores sanitarios y un celador; la construcción y sostenimiento de dichos puestos corrieron por cuenta del municipio<sup>122</sup>.

---

<sup>122</sup> **A.C.M.B.** Acuerdo #3 Diciembre 28 de 1954



**Fig. 8** Localización de Puestos de Salud, Bucaramanga 1954  
Fuente: Base cartográfica Área Metropolitana de Bucaramanga

En 1959 se crearon en el municipio seis zonas asistenciales cuyo objetivo fue presentarse como coordinador de servicios entre los habitantes y las instituciones asistenciales o de profilaxis tanto publicas como privadas, además de realizar funciones de censado de la población ubicadas en dichas zonas, igualmente atendía temas relacionados con la protección infantil.

Las mencionadas zonas correspondieron a:

Zona 1: Barrios San Alonso, Albania y Álvarez.

Zona 2: Barrios San Francisco, San Vicente, Regadero y alrededores

Zona 3: Barrios Gaitán, Chapinero y alrededores.

Zona 4: Barrios San Miguel, Concordia, Mercedes y alrededores.

Zona 5: Barrios Campo Hermoso, Alfonso López y vecinos.

Zona 6: Barrios Girardot, Navas y la Feria.<sup>123</sup>

En conclusión estas zonas asistenciales fueron creadas para organizar y puntualizar aun más el servicio de asistencia social y acercar a la población a las posibilidades de acceso a dichos servicios, además para clarificar a nivel de administraciones la cantidad y calidad de los citados servicios asistenciales.

---

<sup>123</sup> **A.C.M.B.** Acuerdo #6 Marzo 24 de 1959



La anterior organización buscaba igualmente la profilaxis de los lugares, especialmente aquellos que eran focos de proliferación de zancudos y moscas, pues como se ha venido exponiendo en este trabajo, debido a la falta de un adecuado servicio de alcantarillado y de aseo estos animales se convirtieron en plagas casi incontrolables, que afectaron gravemente la salud, especialmente la de los niños, siendo éstos atacados de forma importante por enfermedades parasitarias e infecto-contagiosas como la tosferina (enfermedad contagiosa que afecta la parte superior de las vías respiratorias, es más común en niños menores de 5 años), la tifoidea ( la tifoidea es una enfermedad infecciosa producida por *Salmonella typhi* (bacilo de Eberth). Su reservorio es el hombre, y el mecanismo de contagio es fecal-oral, a través de agua y de alimentos contaminados con deyecciones (deposiciones), o por contacto con moscas o a través de aguas contaminadas con otras residuales.), disentería amebiana (se transmite por el agua, por los alimentos frescos contaminados y por los portadores humanos sanos. Las moscas pueden transportar los quistes de ameba desde las heces de los enfermos hasta los alimentos.) y el cólera ( una enfermedad aguda, diarreica, provocada por una infección intestinal); esta ultima tuvo como medio de propagación el aumento desmedido de moscas, cuyo ataque en los niños se evidenciaba con la presencia de diarrea lo cual a su vez causaba un importante índice de deshidratación,<sup>124</sup> igualmente es ocasionado por la ingesta de agua contaminada.

Sumada a las anteriores enfermedades, la afección que atacó de manera importante desde el periodo anterior, fue la tuberculosis pulmonar; la cual fácilmente se desarrolla debido a condiciones de vida insalubres o de hacinamiento, así como una dieta pobre. El asunto fue de tal gravedad, que el Congreso Nacional tuvo que intervenir en el asunto y tomó bajo su dirección y

---

<sup>124</sup> **Vanguardia Liberal**. Junio 1948. Febrero 1949

cargo la lucha contra dicha enfermedad; así se determinó la exigencia del examen obligatorio conjuntamente con la presentación del carnet sanitario para el desempeño de algunos oficios; promovió además la vacunación en todo el territorio, determinó el aislamiento a enfermos de gravedad, además adelantó campañas educativas en asocio con el Ministerio de Educación.

De igual forma el Ministerio de Higiene trabajó en cooperación para el desarrollo de la campaña anti-tuberculosa con la Liga Anti-tuberculosa Colombiana, las Gotas de Leche y Sala cunas, así mismo determinó las funciones de los dispensarios anti-tuberculosos: los cuales debían examinar en asocio con clínicas y laboratorios a todas las personas sospechosas de portar la enfermedad, era prioridad la hospitalización de los enfermos y la vigilancia de los mismos<sup>125</sup>.

Lamentablemente para 1952 no eran suficientes las partidas dadas para atender el importante número de enfermos de tuberculosis confinados en el pabellón del Hospital San Juan de Dios, haciendo que fuera de urgente necesidad su construcción, tal como lo expresaba la ley, de un hospital especializado para atender a los enfermos<sup>126</sup>.

Aun existiendo el lote se expidió una ordenanza en la que se solicitaba un lote de propiedad del departamento a favor de la Nación para construir allí los edificios que fueran necesarios para la debida construcción de un hospital anti-tuberculoso<sup>127</sup>. Lamentablemente, al terminar el periodo en estudio, la ciudad

---

<sup>125</sup> **Leyes de la República.** Ley 27 noviembre 13 de 1947.

<sup>126</sup> **Vanguardia Liberal.** Abril 1952.

<sup>127</sup> **A.G.S.** Ordenanza #52 Diciembre 20 de 1948.

debió arreglarse con el insuficiente pabellón de tuberculosos del hospital, pues el hospital anti-tuberculoso aun no veía la luz.

De otra parte, la atención a los niños seguía causando graves dolores de cabeza a las administraciones públicas, pues todavía no se coordinaba la legislación con la materialización de las mismas.

Evidentemente los niños eran las primeras víctimas de las insuficiencias de los servicios públicos y el número de niños enfermos aumentaba casi en la misma proporción con el número de leyes que promulgaban su atención “prioritaria”. Es así como, por ejemplo, el pabellón de niños tuberculosos del hospital San Juan de Dios se sostenía con las donaciones de las prestantes familias de la ciudad<sup>128</sup>.

Así mismo, las instituciones de protección materno-infantil que correspondían a un puesto de servicio, debían mendigar las ayudas ante cualquier entidad ya fuera pública o privada<sup>129</sup>. Así las cosas, la protección al infante se convirtió en el objeto más valioso de la subasta, todos pujaban por él, pero muy pocos resolvían el problema; el pabellón del niño tuberculoso, el servicio de maternidad del San Juan de Dios el puesto de servicios de protección materno-infantil, la Casa del Niño Enfermo, el Instituto Coordinado de Nutrición Materno-Infantil, las sala cunas y las Gotas de Leche, eran las instituciones de la época que atendían dicho problema, y se sostenían con donaciones de particulares y auxilios nacionales, departamentales y municipales que solo eran paños de agua tibia que no ofrecían una verdadera solución.

---

<sup>128</sup> **Actas H.S.J.D.** Acta #08 Julio 1954.

<sup>129</sup> **Actas H.S.J.D.** Acta #02 Febrero 1955.

En cuanto a las otras instituciones benéficas, éstas no corrieron con tanta suerte, los asilos para ancianos y los asilos para mujeres y niños abandonados continuaban medianamente sostenidos por el municipio, el departamento y en algunas ocasiones por la Nación, su verdadero sostenimiento se debió en primera instancia a las órdenes religiosas y luego a las damas caritativas de la ciudad que querían ganar las salvación de su alma.

El asunto que más discusiones suscitó durante este periodo, fue la creación de un moderno hospital, acorde con las necesidades del momento. Lo anterior tal vez en correspondencia a los nuevos ideales de la medicina y la reivindicación del concepto de hospital. Fue así como se empezó a gestar la materialización de dicha obra y comenzó como comienzan todos los proyectos: comprando terrenos, el primer terreno del que se habló pertenecía al señor Hipólito Pinto, el cual estaba ubicado al occidente de la puerta del sol<sup>130</sup>. A partir de este momento comenzaba la carrera contra el tiempo la cual vio culminado el objetivo 28 años después, así pues, la ciudad sólo pudo disfrutar de un nuevo y moderno hospital hasta entrados los años 70's.

Conjuntamente con este proyecto, funcionaba en la ciudad una clínica particular la cual contaba con una muy buena dotación de instrumentos y de personal profesional, los cuales atendían de manera competente las labores “humanitarias” de curar enfermos, esto en respuesta a la insuficiencia de la única casa de salud existente en la capital santandereana, el Hospital San Juan de Dios<sup>131</sup>.

---

<sup>130</sup> Decreto #01 Agosto 22 de 1947.

<sup>131</sup> **Vanguardia Liberal**. Abril 1947

“Una política de salud pública sin estar respaldada con la construcción de infraestructuras, resultaría estéril”, es así como el proyecto de construcción de un hospital moderno era una de las respuestas a los problemas de salud pública; aunque los negocios iniciales no prosperaron, como fue el caso de la compra del terreno en la puerta del sol, las iniciativas se hicieron realidad en inmediaciones del barrio la Aurora y finalizado como muchas otras obras en el último tercio del siglo XX.

Para concluir, se podría decir entonces que éste fue un período inicialmente plagado de conflicto y violencia, el servicio de salud nunca tuvo la respuesta que se esperaba, más aún, hubo una insuficiencia que provocó muchos dolores de cabeza, a pesar de la mediana inversión y de los aportes provenientes de la caridad.

Ya en la segunda mitad del período 1946 – 1959, el país tuvo un repunte económico posterior al final de la Segunda Guerra Mundial. La expansión industrial nacional conquistó los mercados europeos; las divisas acumuladas tuvieron afortunadas inversiones en el exterior facilitando la creación de empresas estatales como ECOPETROL y fortaleciendo instituciones públicas. Se creó el Instituto de Seguros Sociales y la Caja Nacional de Previsión. El fin de la guerra despertó mucho interés por la medicina general y especializada y se impulsó este ramo de la educación con la apertura de las facultades y escuelas de enfermería. El progreso médico quirúrgico se benefició con el creciente auge de las construcciones de hospitales y con el diseño del primer plan hospitalario nacional.

Durante este período se mostró el resurgir del hospital, el cambió del concepto de medicina curativa a preventiva y el modo como el hospital cambió el mote de

“moridero” y empezó a gozar de una mejor y mas digna presentación acorde con unas características mas modernas y equipamiento tecnológico cada vez mas científico y especializado; con personal altamente entrenado y capacitado.

Ya a nivel local el Hospital San Juan de Dios evidenciaba cada vez más sus limitaciones y su decadente servicio, y no hablar de los demás centros asistenciales que existían para la época pues su suerte no era mejor pese a la creación del Ministerio de Higiene a través del cual se buscaba el fortalecimiento de la estructura de la salud en el aspecto oficial, además de contar con las contribuciones y sustento de organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, los servicios locales eran pobres y mediocres, así mismo tuvieron casi ochos años, lo que corresponde a este período de estudio, madurando la idea de la organización y creación de un hospital “moderno” que respondiera con los nuevos ideales de la medicina preventiva y la reivindicación del concepto de hospital, pero aun así, la población bumanguesa seguía padeciendo las insuficiencias sanitarias, debido a que las administraciones públicas no pudieron solucionar el problema de la vivienda apiñada y con insuficiencia de servicios básicos, lo cual produjo el arraigo de enfermedades como la tuberculosis entre los habitantes capitalinos, sin contar con las enfermedades que proliferaron como consecuencia de la suciedad y la falta de infraestructura básica, de las cuales, sus principales víctimas fue la población infantil.

Para enfrentar estos problemas y como respuesta a las corrientes propuestas por la nueva conceptualización de la medicina, la ciudad se dividió en zonas asistenciales, las cuales funcionaron como puente entre los ciudadanos y las instituciones asistenciales y de profilaxis existentes para la época, una especie de

estratificación de los recursos, para perseguir una mejor administración y en última instancia, lograr una mejor condición sanitaria para la población.

## **5. DE LAS ZONAS ASISTENCIALES AL HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMÓN GONZÁLEZ VALENCIA 1959 – 1973**

Estos 14 años de investigación correspondieron en la historia nacional al periodo conocido como “El Frente Nacional”, lo cual fue un momento paradójico del devenir de nuestra Nación; pues fue una propuesta antidemocrática para administrar los destinos del país, después de los lamentables sucesos acaecidos durante la época de la violencia y la dictadura militar. Antidemocrática dado los partidos liberal y conservador se repartieron de manera sucesiva el poder de manera anulando cualquier otra opción.

Podría decirse entonces que el Frente Nacional surgió como una alternativa de las élites políticas y económicas para frenar los ímpetus de la dictadura, con visos vitalicios del deseo del General Rojas Pinilla. Ello produjo una “alianza” entre conservadores y liberales, trenzados en una feroz disputa que rezagó al país en todos sus órdenes. Surgiendo de éste proceso, nuevos grupos de represión social, y sumado a esto la situación económica agravada por el endeudamiento externo y la corrupción interna, además del excesivo peso de las fuerzas militares lo cual generó desconfianza y apatía entre la población civil.

El Frente Nacional inició con los liberales en el poder dada la “popularidad” y confianza entre la élite política que generó Alberto Lleras Camargo; aunque el primer turno presidencial debía corresponder al partido conservador pero después de las primeras elecciones libres desde 1946 para el congreso, los liberales obtuvieron la mayoría de votos y por que el candidato conservador Guillermo León Valencia no contaba con la simpatía de aquellos que manejaban los hilos del

poder. Es así como el 4 de Mayo de 1958 se realizaron las elecciones presidenciales siendo elegido Lleras Camargo (1958 – 1962) sobre Jorge Leyva y el 7 de agosto, Colombia estrenaba una aparente y pacífica democracia.

Internacionalmente el gobierno de Lleras Camargo tuvo que tomar posición, pues los hechos del mundo influían tanto económica como políticamente la vida del país. El primero de los 4 sucesos políticos importantes de esta época correspondió a la Revolución Cubana, bajo este ejemplo surgirían en nuestro país guerrillas de tipo revolucionario, conjuntamente aparece la Doctrina Kennedy cuyo objetivo era impedir la aparición de focos guerrilleros donde fuera que sucediera; el tercer suceso se relacionó con la Doctrina Brasileña, que daba supremacía militar sobre el enemigo interior y por último, pero no menos influyente la Alianza para el Progreso, fórmula que buscaba garantizar en toda Latinoamérica un desarrollo social sin revolución<sup>132</sup>.

Lamentablemente, el modelo de la Alianza para el Progreso impuesto en Colombia de alguna manera fracasó y consiguió minar de forma importante la economía nacional y de paso la credibilidad del primer gobierno del Frente Nacional.

En 1962 el candidato oficial por el partido conservador fue Guillermo León Valencia, su adversario liberal Alfonso López Michelsen, saliendo ganador el candidato conservador. El gobierno de León Valencia (1962 – 1966) se inició con el brazo de la fuerza pública golpeando los reductos armados de autodefensas campesinas, siendo célebres los bombardeos de Marquetalia contra los grupos

---

<sup>132</sup> Estos temas en: **SILVA**, Luján Gabriel. **“Política exterior, ¿continuidad o ruptura? Reseña de un debate”**  
Cerec-Ceic Uniandes. Bogotá, 1985,

influenciados por Manuel Marulanda Vélez (Tirofijo) a raíz de lo cual se convirtieron en verdaderas guerrillas que posteriormente dieron origen a las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia.

Así mismo este periodo se caracterizó por las violentas huelgas petroleras ocurridas en Barrancabermeja y en general por los sucesos protagonizados por los obreros y sindicalistas del país; en cuanto a la economía el panorama no fue mejor, ni siquiera alentador, pues no hubo forma de parar la creciente inflación al contrario hubo un crecimiento fuerte de la inversión extranjera y por consecuente una marcada devaluación en el peso.<sup>133</sup>

De esta manera terminan los ocho primeros años del Frente Nacional, le tocaría el turno al liberal Carlos Lleras Restrepo (1966 – 1970), las primeras preocupaciones de Lleras Restrepo fueron los asuntos económicos, aplicando para esto el Modelo Cepalino. Lleras Restrepo impuso una simbólica reforma agraria que sólo dio mucha fuerza política a un grupo asociado de campesinos, lo cual se convertiría en un gran dolor de cabeza. El orden público continuaba deteriorándose, aparecían nuevos grupos guerrilleros, se militarizaban las universidades públicas y se realizaban los primeros paros cívicos. En cuanto a los asuntos de salud la acción más destacada de este gobierno fue la creación del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar<sup>134</sup>

Todos estos sucesos no hicieron más que desgastar el aparato político y desprestigiar aun más la fórmula del Frente Nacional, lo cual produjo para las

---

<sup>133</sup> Estos temas en: **POSADA**, Francisco. “**Colombia: Violencia y subdesarrollo**”. Ed. Universidad Nacional: Divulgación cultural. 1969

<sup>134</sup> **Leyes de la República**. Ley 75 de 1968

siguientes elecciones un importante abstencionismo electoral, un marcado deterioro en los partidos tradicionales y la aparición de nuevos que reforzaban la idea del pluralismo político.

Con este panorama se llevaron a cabo las últimas elecciones presidenciales para el cuatrienio correspondiente a la finalización del Frente Nacional las cuales fueron ganadas por el conservador de turno Misael Pastrana Borrero (1970 - 1974). Pastrana Borrero contaba con el apoyo de los más prestantes políticos conservadores y de un ala del partido liberal. Tuvo como adversarios a Evaristo Sourdis y a Belisario Betancur, conservadores ambos y el General Rojas Pinilla por la ANAPO.

El gobierno de Pastrana Borrero, sospechoso y débil desde sus inicios tuvo que enfrentar el recrudecimiento de la agitación campesina y estudiantil, herencia de los gobiernos anteriores, de esta manera, este periodo estuvo caracterizado por el uso desmedido de la represión militar, simultáneamente fue el gobierno del fortalecimiento del capital financiero abandonado el Modelo Cepalino, debilitando las empresas industriales y agrícolas y encausándolo todo hacia el sector financiero con el surgimiento de corporaciones de ahorro y vivienda, se dispara nuevamente la inflación ocasionada por el endeudamiento externo y la desbordada corrupción.

Así, en el marco de la Guerra Fría entre capitalismo y socialismo, la Revolución Cubana corriendo por las venas de América y a nivel nacional con una fórmula política que muy pocos resultados arrojó, se hizo cada vez más imperativo la inversión estatal en infraestructura y en protección social; el hecho que en los presupuestos nacionales incluyeran los programas de salud pública como

esenciales y complementarios de los programas económicos. Para la época debía contarse como un problema social los concernientes a la salud, se necesitaba cambiar la mentalidad nacional acerca de la salud, la cual debía pasar de ser un gasto a ser una inversión y al mismo tiempo debían formularse planes para ser mejor uso de los recursos tanto públicos como privados.

Las políticas de salud y el Frente Nacional convergieron en una dinámica reflejada en el derecho a la asistencia médica por la vía de la integración de los servicios, por una parte se quería “implantar” los beneficios de la cooperación internacional materializada en la Alianza para el Progreso y por otro lado hacia el interior del país costó mucho trabajo encontrar la vía para la integración de servicios, pues la práctica de la salud en Colombia siempre se vio como una generosa concesión del Estado para evitar estallidos sociales.

Las cuentas eran más o menos claras, aunque se habían alcanzado logros muy concretos seguían existiendo graves dificultades. Como se expuso, en el periodo anterior fue el resurgimiento del hospital, pues se aumentó la inversión para la construcción y dotación de hospitales y centros de salud de \$1'495.000 en 1957 a \$7'579.000 en 1960.

En 1959 el déficit de camas hospitalarias era de 17.290 el calculado para 1962 fue de casi 20.000, es así como se formuló en Plan Decenal del Ministerio de Salud Pública 1962 – 1971, en desarrollo de los planteamientos de la Alianza para el Progreso<sup>135</sup>.

---

<sup>135</sup> Ampliación de estos temas en **ABEL**, Christopher. “**Ensayos de historia de la salud en Colombia 1920-1990**”. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá 1996.

Este plan tuvo como objetivo “mejorar la salud colectiva y el bienestar social de los individuos de las familias y la comunidad”, por medio de herramientas de prevención y curación utilizando para ello organismos como centros de salud y destacando temas prioritarios como la desnutrición, las enfermedades gastro-intestinales relacionadas con problemas ambientales y la falta de acceso a servicios básicos.

Conjuntamente en 1963 mediante la ley 12 se ordenó la realización del “Plan Hospitalario Nacional”, basándose justamente en la integración de los servicios asistenciales, tanto preventivos como curativos, aunado a la investigación y la coordinación de las entidades públicas y privadas.

Pero el problema básico en nuestro país era que la idea de asistencia médica y salud pública no estaban consideradas como un derecho de todos los ciudadanos. Con la reforma constitucional de 1936 el Estado debía responsabilizarse por los “pobres” usando el concepto de “asistencia pública”. Para el cuatrienio de 1962 – 1966 se planteó la Asistencia Pública primero como función del Estado en el cual éste debía prestar la ayuda necesaria para procurar el bienestar colectivo a través de la prevención de las enfermedades y promoción de la salud de quienes carezcan de medios de subsistencia y estén incapacitados para trabajar, es decir, se continuaba la idea de 1936 de obligación del Estado para con los pobres, el problema era que una gran cantidad de la población vivía en condiciones de pobreza, lo cual obligó a una ampliación de la red de los servicios de salud<sup>136</sup>.

---

<sup>136</sup> Ampliación de estos temas en: **JACOME** Valderrama, José. “**El Hospital en Colombia**”. Imprenta del Departamento. Bucaramanga.

Otro asunto que tuvieron que atender los gobiernos del Frente Nacional fue el relacionado con la salud ambiental, elemento determinante entre la salud y el desarrollo socio-económico. En nuestro país la inversión hecha a este tema se concentró en las ciudades, aquellas donde los servicios de suministro de agua eran comerciales; es decir, que las comunidades pequeñas y las zonas rurales no disfrutaban de dicha inversión.

Fue así como el Plan Decenal de Salud Pública obligó a que el suministro de agua debía proveerse como un servicio de salud pública, lo cual la despojaba de cualquier finalidad comercial, pero la realidad distaba mucho de las buenas intenciones, pues de los 14'545.524 habitantes que tenía nuestro país para 1963, aproximadamente 8'107.487 vivían en zonas rurales de los cuales sólo 1'135.048, es decir el 14% contaban con el servicio de agua potable y 810.748 con el de alcantarillado. Bucaramanga no fue la excepción a la regla, pues la “demanda de agua potable pasó de 6'791.946 m<sup>3</sup> en 1953 a 11'249.781 m<sup>3</sup> en 1960”<sup>137</sup>

Para este periodo continuaba siendo prioridad las infraestructuras hospitalarias como la construcción del Hospital Ramón González Valencia además la Clínica de Protección Infantil, entre otros proyectos, así mismo se continuó con la división de la ciudad en zonas asistenciales y la planificación del servicio de salud.

Conjuntamente Bucaramanga tuvo que afrontar el problema del aumento desmedido de la población lo cual se representaba verdaderamente en la imposibilidad de ofrecer recursos para la nueva población, por ende terminaron ubicándose en las zonas de mayor riesgos de deslizamiento, o invadiendo predios.

---

<sup>137</sup> **Bucaramanga en Cifras 1960-1970.** Cámara de Comercio de Bucaramanga. 1970.

De esta forma el problema que ya venía mostrándose en la ciudad fue ahora realmente desproporcionado, pues el ICT “materializó la aprobación de varios acuerdos” específicamente los que tenían que ver con la “erradicación de tugurios y zonas negras”, lo cual hizo que la población recién llegada se ubicara en los sectores periféricos y en la marginalidad total<sup>138</sup>, “la valorización del suelo los excluía de cualquier posibilidad de ubicación cercana a las escasas infraestructuras existentes”, así mismo los nuevos programas de vivienda ocasionaron graves problemas de erosión pues dichas casas estaban al “borde del abismo” y era evidente el peligro que corrían<sup>139</sup>.

De esta manera, se crean mediante los acuerdos N° 4,5 y 7 de 1965 la Corporación de Defensa de la Meseta de Bucaramanga, los objetivos de la mencionada corporación tenían que ver con el estudio, la planeación, el diseño y la construcción de las obras necesarias para detener los procesos de erosión y poder evitar los deslizamientos de tierras que amenazaban a muchos barrios de la ciudad.

---

<sup>138</sup> RUEDA Gómez, Néstor José. **Bucaramanga. Paradojas de un ordenamiento urbano**. Universidad Santo Tomás. 2003. Página 113.

<sup>139</sup> **Vanguardia Liberal**. Marzo 1960.



**Fig. 10** Vista de una vivienda obrera de Bucaramanga  
Fuente: Censo de población obrera Bucaramanga DANE 1942

Entre los proyectos más importantes estuvo el Plan General de Alcantarillado y Control de la Erosión, este plan fue diseñado en 1968 y estaba enfocado en implementar un plan maestro de colectores y estructuras de vertimiento del sistema de alcantarillado, un plan para control de cauces naturales que recibían los vertimientos del alcantarillado, entre otros, pero la materialización del dicho plan requería mucho esfuerzo y sobre todo dinero, así que no hubo forma de corroborar la eficiencia del mencionado plan<sup>140</sup>.

La ciudad seguía creciendo y con ella la necesidad de implementación y mejoramiento de las infraestructuras de salud, servicios de aseo, acueducto y alcantarillado, todos ellos de suma importancia para el desarrollo urbano de la ciudad, pero lamentablemente los esfuerzos nunca fueron suficientes para cubrir esas necesidades. En cuanto al problema del agua y alcantarillado, Bucaramanga, como fue mencionado, había aumentado consumo del preciado líquido en menos de siete años en casi el doble, era hora de hacerse propietario de la compañía de acueducto existente en la ciudad; es así como se realizaron empréstitos especialmente al Banco Interamericano de Desarrollo por un valor de \$150'000.000 para poder financiar la compra de dicha compañía, además de costear algunas mejoras y ensanches al mencionado servicio a razón del desarrollo demográfico y urbano de la ciudad<sup>141</sup>.

Pero en 1971 aún la anterior circunstancia no se había hecho efectiva, pues existe un acuerdo en el cual “se declara de utilidad pública y de interés social” y se decreta la “apropiación o adquisición por parte del municipio de Bucaramanga de los Inmuebles, instalaciones, maquinarias y bienes muebles que constituyen el

---

<sup>140</sup> **RUEDA** Gómez, Néstor José. **Bucaramanga. Paradojas de un ordenamiento urbano**. Universidad Santo Tomás. 2003. Página 116.

<sup>141</sup> **A.C.M.B.** Acuerdo #28 Noviembre 19 de 1963.

servicio del Acueducto de Bucaramanga del cual es propiedad la sociedad denominada Compañía de Acueducto de Bucaramanga S.A. para así administrar, ampliar y mejorar bajo el control y responsabilidad del municipio dicho servicio público”<sup>142</sup>.

De esta manera continuaba la lucha por la adquisición del acueducto, mientras tanto la municipalidad continuaba trabajando en pro de la conducción de agua utilizando las redes del acueducto de la ciudad, pero aún así seguía siendo escaso el disfrute del servicio y entre mas creciera la población, más complicado se volvía este logro.

En cuanto al alcantarillado; en 1960 se creó el Departamento de Obras y Defensa del Alcantarillado, con el objetivo de ejecutar o desarrollar todas las obras de alcantarillado, ejerciendo un papel de control y administración, pues además de elaborar censos y aprobar proyectos, debía recibir las obras terminadas por entidades diferentes al municipio<sup>143</sup>.

Por otro lado, el municipio seguía expidiendo acuerdos acerca de canalización de aguas negras a quebradas aledañas, aumentando con esto el peligro de la erosión, además de la implementación de nuevas redes de alcantarillado en los nuevos barrios de la ciudad. Es así como el municipio al terminar este periodo, trabajaba en asocio con la Corporación de Defensa de la Meseta para así poder cumplir la demanda de alcantarillado.

---

<sup>142</sup> **A.C.M.B.** Acuerdo # 24 de 1971.

<sup>143</sup> **A.C.M.B.** Acuerdo #21 Octubre de 1960

En cuanto a los dineros de la beneficencia como ya fue explicado a lo largo de los capítulos anteriores, fueron productos en su mayor parte del obtenido por la Lotería de Santander. Para 1960 se expidió una ley que expresaba el no cobro a las loterías de impuesto alguno especialmente si estas loterías eran administradas directamente por la beneficencia, así mismo, el impuesto del 10% sobre los premios, solo se haría efectivo si dichos premios quedaban en poder del público, el dinero recaudado debía ser entregado a las entidades departamentales para que éstas los repartieran entre las instituciones asistenciales oficiales de los municipios; si las loterías no eran administradas por las beneficencias, se haría efectivos los cobros de impuestos del 5% sobre la emisión de billetes y del 10% sobre los premios<sup>144</sup>.

Fue evidente a lo largo de todo el presente periodo como se incrementaron los dineros en los presupuestos en cuanto a los temas de salud se referían, especialmente los que tenían que ver con el Hospital San Juan de Dios, algunos asilos y el cuidado materno-infantil, pero en muchos casos este incremento no se reflejó en la triste y pobre realidad; así mismo se vieron los significativos aportes que la Gobernación y el Concejo hizo a entidades como la Liga Santandereana de Lucha Contra el Cáncer, fuera para atender campañas o para su sostenimiento en general<sup>145</sup>.

En cuanto a los organismos creados para atender todo lo concerniente a la salud de la capital santandereana; vale la pena recordar que para 1940 la Gobernación creó el organismo administrativo llamado “Oficina de Asistencia Social”, el cual era dependiente de la Secretaría de Gobierno Departamental; para 1960 apareció

---

<sup>144</sup> **Leyes de la República.** Ley #01 Diciembre 13 de 1960

<sup>145</sup> **A.G.S.** Ordenanza #143 Noviembre 29 de 1965 – A.C.M.B. Acuerdo #17 Febrero 7 de 1969.

como una organización descentralizada y autónoma la cual buscaba independizar la inversión de los recursos designados por el departamento para la prestación de los servicios asistenciales, además de organizar y coordinar los mencionados servicios con la idea de extenderlos según las necesidades “reales” de cada zona; igualmente la nueva visión de la Asistencia Social buscaba la integración de los servicios de medicina preventiva y asistencial<sup>146</sup>, lo anterior obedeciendo a los planteamientos de la prestación de servicios médicos con orientación internacional explicados anteriormente.

Las enfermedades que debían afrontar los habitantes de la capital santandereana correspondientes a este periodo y que fueron padecidas simultáneamente con el paludismo, las enfermedades venéreas y las enfermedades gastro-intestinales correspondieron a los altos índices de desnutrición, la poliomeilitis y sin lugar a dudas la tuberculosis seguía ganando la batalla.

Es importante destacar los esfuerzos que se iniciaron desde el periodo anterior por realizar campañas de fumigación tanto en calles como en casas, lo cual estuvo en concordancia con los esfuerzos nacionales, pues era de urgente necesidad eliminar las plagas trasmisoras de algunas de las mencionadas enfermedades, y para ello se adelantaron campañas anti-maláricas en todo el territorio nacional, incluyendo a la ciudad de Bucaramanga<sup>147</sup>.

En cuanto a los índices de desnutrición, los cuales fueron la causa más importante sobre la cual giraban otros problemas, específicamente la alta morbilidad y mortalidad infantil y siendo la niñez “prioridad” nacional, se creó como

---

<sup>146</sup> **A.G.S.** Ordenanza #50 Noviembre 18 de 1960

<sup>147</sup> **Gaceta de Santander.** Octubre 3 de 1960. Folio 897

dependencia de la Secretaria de Higiene, Asistencia y Previsión Social del departamento la sección de Nutrición y Educación Sanitaria, esta sección debía desarrollar en todos los municipios un programa de nutrición y alimentación, además de coordinar y adiestrar sobre todos los aspectos de educación sanitaria especialmente en campañas de protección materno-infantil, saneamiento ambiental y control de enfermedades transmisibles; esta nueva sección entraría a trabajar de forma directa con la Organización Mundial de la Salud, la ONU, FAO y el fondo de la ONU para la infancia UNICEF, la Oficina Sanitaria Panamericana, el Ministerio de Salud Pública, Educación y Agricultura; además de la Federación Nacional de Cafeteros y la Caja de Crédito Agrario; hoy Banco Agrario<sup>148</sup>.

Igualmente en 1965 se patrocinó el programa nutricional CARE a favor de las “clases menos favorecidas”; dicho programa se desarrollo por medio de la Secretaria de Educación, Higiene y la Junta de Asistencia Social<sup>149</sup>.

Así mismo en 1967 se destinó una considerable suma como aporte del municipio al Plan Mundial de Alimentos para el mejoramiento de barrios en Bucaramanga en coordinación del ICT y el organismo especializado FAO<sup>150</sup>.

Por otro lado, es triste comprobar que aún para 1962 se seguía insistiendo con la construcción de un hospital anti-tuberculoso cuando era evidente que esta enfermedad fue la más agresiva y la que más azotó a los habitantes de la ciudad, pues igual se seguía gastando dinero en campañas pero de ninguna manera en la

---

<sup>148</sup> **A.G.S.** Ordenanza #79, Noviembre 17 de 1961

<sup>149</sup> **Gaceta de Santander**, Junio 28 de 1965. Folio 526

<sup>150</sup> **A.C.M.B.** Acuerdo #30, Septiembre 9 de 1967

correcta recuperación de los enfermos<sup>151</sup>, igualmente se contrataban campañas educativas para prevenir, y en este caso, para conocer la poliomielitis y otras enfermedades invalidantes.<sup>152</sup>

Por otra parte, en cumplimiento de la nueva dinámica de la prestación de servicios médicos que aludía al derecho a la asistencia médica por la vía de la integración de los servicios y sumado a esto el aumento considerable de la población de la ciudad, surgió la necesidad de crear nuevas zonas asistenciales las cuales aparentemente habían alcanzado un éxito relativo, entonces, sumándose a las existentes las nuevas zonas fueron:

Zona 7: Barrios La Libertad y la Pedregosa

Zona 8: Barrios Pío XII y Santander

Zona 9: Barrios Antonia Santos, La Victoria y Nueva Granada

Zona 10: Barrio Arenales o Kennedy, el cual se encontraba en construcción

Zona 11: Barrio La Joya, igualmente en construcción<sup>153</sup>

Aunque para 1967 se aclaró que por el hecho de proximidad o más bien de inutilidad se necesitó fusionar a algunas zonas asistenciales o tal vez fue porque los presupuestos eran tan elevados (\$68.000 para cada una) y los resultados muy pocos<sup>154</sup>, pero este presupuesto fue limitado a \$62.000 para cada una de las

---

<sup>151</sup> **A.C.M.B.** Acuerdo #30, Agosto 21 de 1962

<sup>152</sup> **Leyes de la República.** Ley 39 Septiembre 19 de 1962

<sup>153</sup> **A.C.M.B.** Acuerdo #18, Junio 4 de 1962

<sup>154</sup> **A.C.M.B.** Acuerdo #18, Septiembre 5 de 1967

zonas existentes, aunque después se crearon más zonas asistenciales en la ciudad<sup>155</sup>.

Así como al interior de la ciudad se centralizaron los recursos por medio de las zonas asistenciales, a nivel departamental se crearon seis zonas hospitalarias con el objeto de mantener una red más eficiente y dinámica de prestación de servicios de salud, además de funcionar como centros para prevención y tratamiento de enfermedades. Para ello fue necesario estudiar los hospitales pertenecientes a cada zona con el objeto de acondicionarlos con las medidas necesarias para atender las más significativas<sup>156</sup>.

Respaldando estas zonas hospitalarias que igual se crearon en casi todos los departamentos del país, se emitió una ley por la cual se estableció el Plan Hospitalario Nacional de Construcción, Dotación y Operación de Hospitales para el trienio 1970 – 1972, el cual estuvo incorporado en los planes de desarrollo nacional y como su nombre lo indica hizo alusión a la inclusión dentro de los presupuestos nacionales a las partidas y auxilios necesarios para la construcción, dotación y sostenimiento de los hospitales especialmente los integrantes de las antes mencionadas zonas hospitalarias<sup>157</sup>.

Es precisamente este tema, el de los auxilios a hospitales el que más tinta dejó correr durante este periodo, pues existen numerosos acuerdos y ordenanzas sobre auxilios y partidas con miras a la dotación y mantenimiento del Hospital San Juan de Dios; para el Hospital Infantil San Luís y el Psiquiátrico San Camilo,

---

<sup>155</sup> **A.C.M.B.** Acuerdo #1, Enero 15 de 1969

<sup>156</sup> **A.G.S.** Ordenanza #71, Noviembre 27 de 1962

<sup>157</sup> **Leyes de la República**, Ley 39, Diciembre 15 de 1969

además para la construcción y dotación del futuro hospital Ramón González Valencia, así que por lo menos en el papel se cumplía el hecho que fuera imperativo la inversión estatal en infraestructura y protección social.

En cuanto a los asuntos de la beneficencia en general, es necesario recordar que la protección materno-infantil siempre apareció como prioridad de los gobiernos nacionales, departamentales y municipales, es así como en este periodo se reforzó dicha idea con la creación de un fondo de protección de la madre, cuya finalidad buscaba la construcción, dotación y funcionamiento de una clínica de maternidad, los dineros para este fondo eran obtenidos de la venta del Ron Caldas y el Aguardiente Superior, además un aporte obligatorio de la Lotería de Santander<sup>158</sup>.

Cuatro años después se aclaró que no iba a existir ninguna clínica aparte que atendiera a las mujeres gestantes, así que los aportes mencionados se utilizaron para la construcción, dotación y sostenimiento de los servicios de obstetricia y ginecología del Hospital Ramón González Valencia. Recordemos, integración de los servicios era la clave para la época<sup>159</sup>.

Además de la anterior obra, funcionaba en la ciudad una institución llamada Casa de la Madre Soltera dirigida por la comunidad Hijas del Corazón Misericordioso de María, el cual hasta la fecha en estudio había funcionado de manera excepcional,

---

<sup>158</sup> **A.G.S.** Ordenanza #37, Noviembre 14 de 1962

<sup>159</sup> **A.G.S.** Ordenanza #123, Noviembre 27 de 1965

así que igual fue objeto de algunos aportes municipales pues dicha institución fue “merecedora de todo el apoyo de la ciudadanía como del gobierno”<sup>160</sup>.

Como se había mencionado, en la ciudad funcionaba el Hospital San Luis, el cual solo atendía a la población infantil de la ciudad, dicha institución recibió auxilios y partidas municipales y departamentales, unas para la construcción y dotación de una sala para quemados<sup>161</sup>, como también para futura compra de terrenos que permitirían la ampliación de dicha institución<sup>162</sup>.

Así mismo existió otro centro para la rehabilitación infantil el cual disfrutó de ciertas operaciones presupuestales que tuvieron que ver con el pago de auxilios para el Atlético Bucaramanga, bajo el principio de que el deporte es salud<sup>163</sup>; de la misma forma se siguieron abriendo guarderías las cuales estuvieron dirigidas y administradas por las voluntarias al servicio del bienestar social<sup>164</sup>.

Simultáneamente existen acuerdos sobre la organización de un instituto llamado “Refugio Social”, creado el 3 de Junio de 1965 mediante el acuerdo #16; este instituto tenía como objeto “brindar a menores protección y rehabilitación social sin ánimo de lucro en procura de aliviar la niñez desamparada”; en este instituto podían estar los infantes hasta la edad de 12 años y sus beneficiarios eran hijos de familias pordioseras o inmigrantes que las patrullas sanitarias encontraban en sus recorridos nocturnos. Dicho instituto estaba dirigido por un delegado de la alcaldía, uno de los presidentes del Club de Leones, tres miembros nombrados

---

<sup>160</sup> **A.C.M.B.** Acuerdo #67, Septiembre 10 de 1973

<sup>161</sup> **A.C.M.B.** Acuerdo #37, Agosto 31 de 1965

<sup>162</sup> **A.G.S.** Ordenanza #125, Noviembre 21 de 1967

<sup>163</sup> **A.C.M.B.** Acuerdo #11, Enero 27 de 1969

<sup>164</sup> **A.C.M.B.** Acuerdo #21, Agosto 25 de 1972

por el Concejo y un representante del Bienestar Familiar<sup>165</sup> . Al igual que el dinero dado al Hospital Infantil San Luís para la compra de un terreno, el Municipio auxili  al Refugio Social, igualmente, para comprar un terreno donde debiera construirse el “Jard n Infantil Refugio Social Municipal”<sup>166</sup>.

De igual forma, la gobernación auxili  por dos años a la Asociación Santandereana Pro-Niños Retardados Mentales, el cual fue una institución de carácter privado para la dotación y sostenimiento de dicho instituto<sup>167</sup>.

Para cerrar este capítulo en lo referente al cuidado materno-infantil, en 1969, Bucaramanga fue elegida como centro piloto para la protección del menor y la estabilidad familiar, lo cual significaba un importante paso en el desarrollo de los programas concernientes al bienestar social del menor y la familia y para el desarrollo de la mencionada obra el municipio otorgó a título gratuito unos terrenos denominados “El Regadero” cuyo valor comercial se estimaba de \$20'000.000 aproximadamente<sup>168</sup>.

En cuanto a las otras instituciones de beneficencia pública las instituciones municipales y departamentales seguían auxiliando de manera mediocre a la mejoría de éstas, así el asilo de ancianos San Rafael recibía dinero para la compra de camas y otros enseres necesarios para la atención básica de los adultos mayores que all  concurrían al igual que para su respectivas ampliaciones y dotaciones en general. Entre otras instituciones se encontraba el refugio de niñas de San José y la Casa del Mendigo o Asilo San Rafael, creado para el año

---

<sup>165</sup> **A.C.M.B.** Acuerdo #33, Agosto 29 de 1972

<sup>166</sup> **A.C.M.B.** Acuerdo #36, Septiembre 4 de 1972

<sup>167</sup> **A.G.S.** Ordenanza #40, Noviembre 12 de 1965

<sup>168</sup> **A.C.M.B.** Acuerdo #26, Junio 2 de 1969

de 1946 y administrado por la beneficencia municipal, la cual otorgó para 1967 total autonomía a dicha entidad para mejor funcionamiento, aparente, de la misma.<sup>169</sup>

Conjuntamente la Asamblea Departamental otorgó a título gratuito las acciones que por la suma de \$249.369 pesos tenía el departamento en la Tabacalera de Santander, el producido de la liquidación de dichas acciones se destinaron a la Casa del Mendigo<sup>170</sup>.

En cuanto al hospital tanto el antiguo como el “moderno” y lo correspondiente a sus servicios, este fue el periodo de la verdad; cabe resaltar que debido a la gran concurrencia de “personas pobres” a la consulta externa del Hospital San Juan de Dios, del Dispensario y de los puestos de salud y debido a la precaria condición económica de los mismos y a los altos precios de los medicamentos formulados, se autorizó a la Junta de Asistencia Social para abrir una venta de “drogas” a precio de costo para personas con fórmulas firmadas por los médicos de las mencionadas consultas externas<sup>171</sup>.

Así mismo el municipio auxiliaba al Banco de Sangre del Hospital San Juan de Dios para su respectiva dotación de elementos especializados como la adquisición de un equipo de micro-centrifugación el cual hacía falta por que en ocasiones anteriores se habían presentado quejas de parte de la comunidad en general por el precario estado de dicho instituto, además de la alarmante falta de sangre del

---

<sup>169</sup> **A.C.M.B.** Acuerdo #19, Septiembre 5 de 1967

<sup>170</sup> **A.G.S.** Ordenanza #12, Noviembre 23 de 1973

<sup>171</sup> **A.G.S.** Ordenanza #16, Noviembre 18 de 1964

mismo, por lo cual se iniciaron labores educativas en pro de la donación de sangre<sup>172</sup>.

El apoyo de la Nación a esta naciente ola de organización hospitalaria estuvo reflejado en una ley que decretaba como empresas útiles o benéficas, dignas de estímulo y apoyo, todas aquellas que estuvieran referidas a la construcción, ensanche y sostenimiento de hospitales, preventorios, clínicas, reformatorios, sanatorios, casas de salud y beneficencias, ya fueran departamentales, municipales, intendenciales, comisariales o de comunidades religiosas; igualmente todas las campañas sanitarias de todo orden, así mismo la construcción de barrios para trabajadores<sup>173</sup>.

Es así como atendiendo a la anterior ley, el Congreso de la República decretó un auxilio de \$18'400.000 a la Universidad Industrial de Santander con el objetivo de financiar la fundación de una unidad investigativa de ciencias de la salud, pagados a cuotas en las cuatro vigencias fiscales seguidas a la expedición de dicha ley;<sup>174</sup> dicha unidad de ciencias fue uno de los verdaderos promotores de la materialización del proyecto del nuevo hospital adquiriendo así el perfil de Hospital Universitario.

En cuanto a la creación del mencionado hospital, como fue expuesto anteriormente, fue un sueño que comenzó en 1951 pero se materializó hasta 1973 con el Acuerdo N° 10 del 30 de Noviembre del mencionado año, en el cual se manifestaba que dado los estudios fiscales de la época era imposible sostener dos

---

<sup>172</sup> **A.C.M.B.** Acuerdo #29, Septiembre 9 de 1966

<sup>173</sup> **Leyes de la República**, Ley 11 Abril 4 de 1967

<sup>174</sup> **Leyes de la República**, ley 02 Diciembre 14 de 1967

hospitales en la ciudad, el Hospital San Juan de Dios y el Hospital Universitario Ramón González Valencia y sumado a esto, el deterioro del antiguo hospital era muy avanzado y sus equipos eran muy obsoletos y que la mencionada división de ciencias de la salud de la UIS necesitaba un lugar adecuado para los procesos de enseñanza – aprendizaje, por lo tanto, la finalidad por la cual había sido creado el Hospital San Juan de Dios ya era inalcanzable para el mismo pues había dejado de cumplir su misión y para su reemplazo ya existían nuevas y modernas instalaciones, por lo cual se acordó el traspaso de todos los bienes del HSJD al HURGV; esto incluía deudas y obligaciones del antiguo hospital<sup>175</sup>.

Así que el moderno hospital ya era una realidad el cual nació teóricamente 22 años atrás mediante decreto firmado por el ex – presidente Laureano Gómez por el cual se honra la memoria del General Ramón González Valencia<sup>176</sup>. Cinco meses después el Ministerio de Higiene autorizó a la Junta de Beneficencia Municipal para dar paso a la obra con la compra de un lote.

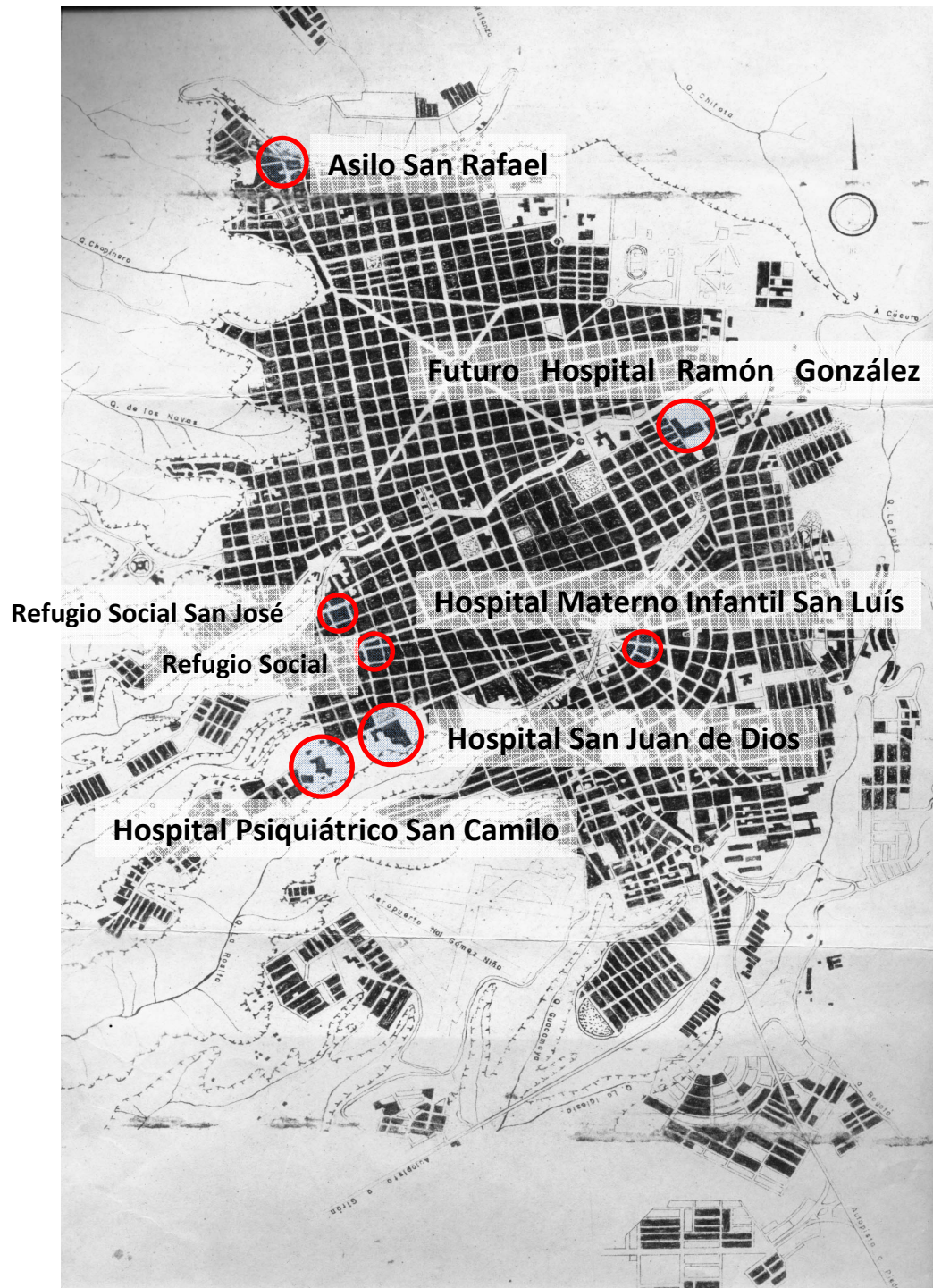
---

<sup>175</sup> **A.C.M.B.** Acuerdo #15, Diciembre 3 de 1973

<sup>176</sup> **Decreto** 0793 de Abril 13 de 1951



**Fig. 11** Fotografía Panorámica Hospital Ramón González Valencia mediados de los años 70's  
Fuente: Foto Carlos Eslava



**Fig. 12** Localización Principales Instituciones de Beneficencia y Salud, Bucaramanga 1970  
Fuente: Base cartográfica Área Metropolitana de Bucaramanga

Para concluir este período, se podría decir que fue la etapa crítica y el tratamiento de reanimación y posterior muerte de una de las instituciones que acompañó por más de 60 años, vigilando y trabajando duramente por la salud de los bumangueses y poblaciones de los alrededores; el Hospital San Juan de Dios: Con la nueva idea de integración de servicios y de la medicina preventiva que venía haciendo sus pinitos desde el periodo anterior, la materialización por fin, después de 28 años de un nuevo hospital fue la respuesta de las administraciones publicas a las demandas de un pueblo que vivía amontonado en las zonas periféricas con las insuficiencias de servicios básicos lo cual produjo y acentuó ciertas enfermedades que fueron un total flagelo tanto para la población como para los gobiernos, Nacional, departamental y municipal.

Entre los paños de agua tibia que proporcionaban las administraciones públicas se pudo contar la ampliación en primera instancia, de las zonas asistenciales, para luego terminar fusionando algunas debido a los altos costos de las mismas.

La investigación de este cuarto periodo se puede resumir en actos administrativos y materializaciones susceptibles de ser evaluadas y especificadas de la siguiente manera; el primer punto a destacar fue la influencia que tuvo la Alianza para el Progreso, diseñada para evitar en los países latinoamericanos los levantamientos revolucionarios, mientras se daba paso al desarrollo; este modelo fracasó en Colombia y debilitó nuestra economía y la fe en la democracia además de la fe en la clase política.

Por otro lado, se consideró a la salud pública como fuente de gastos y la inclusión en el presupuesto nacional como carga y no como inversión, hizo crecer las

dificultades para el cambio de mentalidad y para la integración de servicios de salud.

El nuevo concepto de salud ambiental determinó la necesidad de inversiones que se concentraron en las ciudades grandes, en perjuicio de pueblos pequeños y comunidades rurales.

Para la prestación de servicios médicos se crearon zonas asistenciales en las ciudades, ejemplo once en Bucaramanga con presupuestos de \$68.000 cada uno en 1967, se tuvieron que fusionar algunas; aduciendo su proximidad y disminuyendo las asignaciones a \$62.000 en virtud de los pobres resultados.

Durante el periodo en estudio se dio un resurgimiento de los hospitales; con el aumento de inversiones en construcción, dotación y centros de salud de \$1'495.000 a \$7'579.000 en tres años; en el año de 1962 se formó el Plan Decenal del Ministerio de Salud Pública para 1962 – 1971 y los objetivos fundamentales tuvieron que ver con la salud colectiva y el bienestar social; la prevención y curación por la utilización de los centros de salud, la desnutrición, la gastroenteritis, los problemas ambientales y la falta de servicios básicos. En 1963 se ordenó la realización del Plan Hospitalario Nacional utilizando la integración de servicios asistenciales; preventivos, curativos, aunados a la investigación y la coordinación entre entidades públicas y privadas.

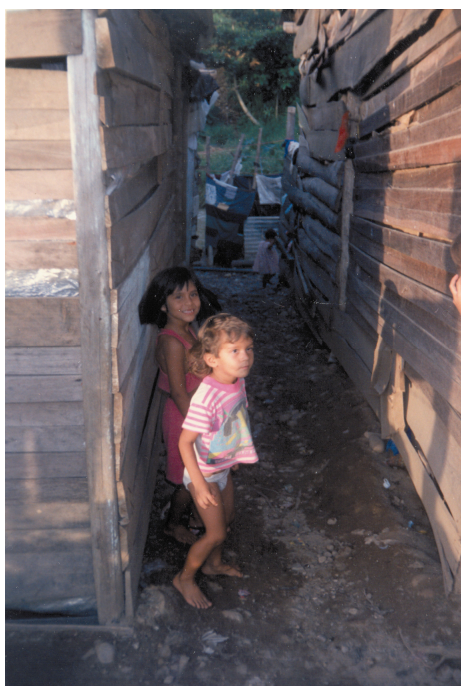
De otro lado, mediante préstamos al BID por \$150'000.000 y en razón del desarrollo urbano y demográfico de la ciudad, se decretó la adquisición por parte del Municipio de Bucaramanga de los inmuebles, instalaciones, maquinarias y

bienes muebles que constituía el Acueducto de Bucaramanga, propiedad para ese entonces de la Compañía de Acueducto de Bucaramanga S.A. para administrar, ampliar y mejorar este servicio; en cuanto al alcantarillado, se creó en 1960 el Departamento de Obras y Defensa del Alcantarillado; para desarrollar y ejecutar todas las obras, ejerciendo control y administración de recursos.

En cuanto a los aspectos de salud en este periodo se fortaleció la lucha contra la desnutrición infantil en asociación con la OMS, ONU, FAO y UNICEF, la Oficina Sanitaria Panamericana, el Ministerio de Salud Pública en conjunto con la Federación Nacional de Cafeteros y la Caja Agraria; en 1965 se dio inicio al patrocinio de el programa nutricional CARE para la población menos favorecida, por medio de la Secretaria de Educación, la Secretaria de Higiene y la Junta de Asistencia Social; igualmente en 1967 se destinó una importante suma como aporte municipal al Plan Mundial de Alimento para mejoramiento de barrios de Bucaramanga en coordinación con el ICT y la FAO.



**Fig. 13** Condiciones de hacinamiento y sobrepoblación de un barrio marginal de Bucaramanga donde los primeros afectados son los niños  
Fuente: propia.



**Fig. 14** Sigue siendo un problema la desnutrición y los problemas gastrointestinales en los barrios marginales de Bucaramanga  
Fuente: propia

Se crearon seis zonas hospitalarias para optimizar la red de servicios en salud a nivel departamental, atendiéndose así las más importantes carencias hospitalarias en todo el territorio santandereano; en cuanto a los institutos de beneficencia, el Asilo de Ancianos San Rafael recibía aportes importantes para camas, enseres y dotaciones en general, el Refugio de Niñas de San José y la Casa del Mendigo San Rafael recibieron autonomía total en 1967 para mejorar su funcionamiento en cada caso; la asamblea departamental otorgó gratuitamente las acciones que el departamento tenía en la Tabacalera de Santander por valor de \$249.369 para convertirlos en recursos para la mencionada Casa del Mendigo.

Durante 1962 – 1966 se adoptó la asistencia pública como función del Estado y como una obligación de promover la salud en los pobres e incapacitados para trabajar, el Plan Decenal de Salud Pública obligó que el suministro del agua fuera un servicio absoluto de salud pública, pues de los 14'545.000 habitantes del país solo el 14% contaban con agua potable; Bucaramanga tuvo un crecimiento considerable en la demanda de dicho servicio pasando de 6'791.950 m<sup>3</sup> en 1953 a 11'249.781 m<sup>3</sup> en 1960; para fortalecer todas las anteriores medidas en 1965 se creó la Corporación de Defensa de la Meseta de Bucaramanga con los objetivos claros de detener los procesos de erosión y problemas ambientales que amenazaban a la población de la ciudad.

Fue así como este período tuvo que debatirse entre los aciertos y desaciertos ocasionados por las disposiciones tomadas y la materialización de las mismas. La salud de los habitantes fue siempre la rueda suelta, que ocasionó debates y desperdicio de tinta en los salones municipales, departamentales y nacionales, aunque muchos fueron los logros obtenidos nunca fueron suficientes para atender las necesidades de un pueblo que creció con la carencia de medios adecuados para el desarrollo sano de sus integrantes.



**Fig. 15** Vista interior de una casa en un barrio marginal de Bucaramanga donde lo característico es el hacinamiento  
Fuente: propia



**Fig. 16** Fotografía Panorámica de un barrio marginal de Bucaramanga sin la infraestructura básica de servicios  
Fuente: propia

## 6. CONCLUSIONES GENERALES

Para finalizar este ejercicio investigativo y en desarrollo de las hipótesis inicialmente planteadas se puede decir que durante el período estudiado se evidenció una lenta adecuación de las infraestructuras y de los servicios de sanidad, frente al vertiginoso crecimiento poblacional. Debido en buena parte al crecimiento no planificado de la ciudad.

Así mismo la falta de un adecuado ordenamiento urbano en muchos casos produjo graves problemas especialmente en los barrios populares, pues estos fueron focos de enfermedades contagiosas dadas las precarias condiciones de las viviendas, por casi inexistente adecuación sanitaria e higiénica de las mismas.

Otro agente importante dentro de esta investigación correspondió a la beneficencia y su relación con los asuntos de salud, la cual siempre estuvo enmarcada en las ideas de caridad y filantropía; a lo largo del trabajo se describió cómo durante el primer tercio del siglo XX, la beneficencia fue un asunto meramente religioso practicado por órdenes católicas, en primera instancia, y luego por damas prestigiosas de la sociedad santandereana. Esta idea evolucionó y pasó de ser “dadivas” para ganar indulgencias a ser un asunto mas “terrenal” , es decir, se inició la municipalización de los institutos de beneficencia, los cuales estuvieron a cargo de las administraciones públicas, aunque el trabajo de las comunidades religiosas y sociedades de caridad fue muy importante.

La legislación hecha por el gobierno Nacional, Departamental y Municipal en lo correspondiente a la protección de la salud de los ciudadanos bumangueses siempre apuntó a dar solución a los problemas que iban surgiendo con el paso del tiempo y estuviesen relacionados con la higiene y la salud pública.

En cuanto a la cantidad de leyes, ordenanzas y acuerdos se puede decir que fueron numerosos los archivos encontrados tanto en número como en tema; pues existe legislación que pretendió solucionar la organización de los asuntos administrativos de la higiene y la salud pública; por ejemplo, la ordenanza que autorizó la creación de las Unidades Sanitarias, organismo creado por la Organización Panamericana de Salud, con las cuales pretendieron integrar programas preventivos y de atención temprana de la enfermedades.<sup>177</sup>

De igual manera las leyes que ordenaron la creación del Ministerio de Trabajo el cual fue evolucionando y especializando el ejercicio de su labor hasta convertirse en 1946 en el Ministerio de Higiene mediante la ley # 27 de Noviembre 26 de 1946.

Otro ejemplo es el acuerdo # 6 de Marzo 24 de 1959, el cual exponía la creación en el municipio de seis zonas asistenciales, las cuales fueron creadas con el objetivo de coordinar los servicios entre habitantes y las instituciones, ya fueran asistenciales o de profilaxis tanto pública como privada, así como de ser prioridad la atención y protección de la población infantil.

---

<sup>177</sup> **A.G.S.** Ordenanza # 11 de 28 de Junio de 1935

Una de las normas que marcó pauta importante en el desarrollo de la presente investigación correspondió al acuerdo # 15 de Diciembre 3 de 1973, el cual autorizaba el reemplazo del antiguo hospital San Juan de Dios por las “nuevas y modernas instalaciones del hospital RGV” concebido 22 años atrás mediante decreto 0793 de Abril 13 de 1951 firmado por el ex presidente Laureano Gómez conmemorando al general Ramón González Valencia.

Conjuntamente a la anterior legislación, existe suficiente información sobre leyes, ordenanzas y acuerdos que trataban los asuntos referentes a la protección infantil y la madre gestante, igualmente existe información sobre enfermedades y la forma cómo se combatió o enfrentaron desde el punto de vista de la prevención y la curación de las mismas.

Por otra parte la legislación expedida sobre los asuntos que atendió lo relacionado con la infraestructura de servicios públicos y la creación y dotación de las instituciones de beneficencia.

De esta manera se puede decir que la legislación emanada para cubrir y resolver los asuntos y los problemas planteados por la higiene y salud pública, existió y de manera considerable, aunque la realidad de la época demostró lo contrario, pues tanta legislación fue de buena manera ineficiente y tardía, pues debían pasar algún par de años para ver la verdadera implementación de dichas leyes, ordenanzas y acuerdos; caso tal fue, la ya mencionada creación del Hospital Ramón González Valencia. Entre las razones que se pueden citar para explicar dicha ineficacia, fue evidentemente la falta de recursos monetarios o mejor aún la correcta administración de los mismos, lo cual de alguna manera fue

consecuencia directa de la negligencia y falta de operatividad de los encargados de atender y ejecutar dichas obligaciones.

Se observó, que la falta de una infraestructura básica adecuada especialmente en lo correspondiente a un acueducto y alcantarillado eficientes, sumado al crecimiento de la población como una manifestación concreta de las circunstancias sociales de la época, tuvo una especial influencia sobre los asuntos de salud e higiene de la ciudad pues la migración, la urbanización y la industrialización fueron los móviles que aceleraron que dicho requerimiento fuese primera necesidad a la cual no se le dio trámite prioritario.

Una de las enfermedades que más produjo víctimas, tiempo y dinero de parte de la población bumanguesa fue la *anemia tropical*, conocida también como ***anquilostomiasis***, estuvo directamente relacionada con la falta de un infraestructura de servicios verdaderamente adecuado y eficiente, pues como no se contaba con un buen servicio de agua potable, alcantarillado, como una eficiente evacuación de residuos sólidos residenciales y comerciales, que abundaron en las calles, agravada por las deposiciones de las recuas de animales, surgió así la contaminación con las larvas (*Ancylostoma duodenale*) (*Necator americanus*) y [*Ancylostoma duodenale*] que producían dicha enfermedad, penetraban al torrente sanguíneo por manos y pies descubiertos causando así una crisis de salud pública durante el primer tercio del siglo XX<sup>178</sup>

Sumado a lo anterior, los problemas gastrointestinales ocasionados por la mala calidad del agua y por la falta de una red de acueducto en toda la ciudad, afecto

---

<sup>178</sup> A.G.S. Ordenanza # 15 de Marzo 20 de 1920

seriamente la población infantil, la cual fue objetivo de muchas de las legislaciones expedidas a lo largo de todo el presente trabajo investigativo.

En cuanto al tema de los dineros que la Nación, el Departamento o el Municipio invirtieron en el sector salud no pudo realizarse un seguimiento sistemático del mismo, pues la información fue escasa y fragmentada en el mejor de los casos, sin embargo es posible determinar que los dineros invertidos ocasionalmente cubrían las demandas que se derivaban de dicho sector, aunque de manera tardía y poco eficaz, mientras otras naciones destinaron sumas cada vez más representativas para este ramo, nuestro país actuaba a la inversa pues en menos de cuatro años durante la primera mitad del siglo XX, los dineros para higiene y sanidad pública disminuyeron en aproximadamente un 81% lo cual dejó con muy pocos recursos al municipio para atender los graves problemas de salud que se presentaron<sup>179</sup>.

La inversión de dichos dineros no se limitó solamente a una mejor dotación y mantenimiento continuo de las instituciones encargadas de la atención de la salud de los bumanguenses, ya que sumado a lo anterior debió invertirse de manera importante en campañas educativas y en instalación de infraestructura no existentes para la época.

La organización de campañas de prevención, control y erradicación de las enfermedades fue siempre, a través del recorrido temporal del presente trabajo, una de las constantes. A pesar del ajustado presupuesto se organizaron de manera recurrente, en algunos caso en asocio con entidades internacionales

---

<sup>179</sup> Ampliación de estos temas en: **ABEL**, Christopher. **Ensayos de historia de la salud en Colombia 1920-1990**. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá 1996

como fue la Fundación Rockefeller, la Organización Panamericana de la Salud, la Organización Mundial de la Salud, la FAO, el Instituto de Crédito Territorial, entre otras; para atacar diversos problemas entre ellos, la anemia tropical, la desnutrición, la falta de viviendas higiénicas, la tuberculosis, las infecciones gastrointestinales y muchos otros inconvenientes que se fueron presentando durante el desarrollo del comienzo del siglo XX.

Sin embargo, todos estos esfuerzos no correspondieron al mejoramiento de la calidad de vida de los habitantes de la capital santandereana, en muchos casos como se ha venido explicando en estas conclusiones, la demora en la aplicación de las mencionadas campañas, el corto presupuesto y la ineficacia de las autoridades hicieron que estos esfuerzos no representaran mejoría inmediata.

Debido a la falta de una infraestructura adecuada, además de un presupuesto limitado y la notable ineficacia de las campañas preventivas organizadas durante este período, varias fueron las patologías que afectaron la salud de los habitantes de la capital santandereana, entre ellas la mencionada anemia tropical, la tuberculosis pulmonar, la gripa, la desnutrición y las enfermedades venéreas, fueron las enfermedades que centraron toda la atención de este trabajo investigativo por ser las mas recurrentes y las que mas inversión de esfuerzo, tiempo y dinero demandaron.

Es así como de alguna manera este esfuerzo investigativo pretendió aportar otro aspecto a la historiografía de la ciudad de Bucaramanga buscando presentar una descripción de algunos de los aspectos más relevantes que hicieron parte de la historia de la salud pública durante el período correspondiente a 1920-1973, este

no es mas que un pequeño esfuerzo que permite abrir las puertas a un considerable cúmulo de información y conocimiento por explorar.

## 7. BIBLIOGRAFIA

**ABEL, Christopher. ENSAYOS DE HISTORIA DE LA SALUD EN COLOMBIA 1920-1990.** Universidad Nacional de Colombia. Bogotá 1996

**ÁLVAREZ, Jaime y RUEDA, Néstor. ESTRUCTURA URBANA DE BUCARAMANGA 1901-1930.** Bucaramanga UIS. Tesis de grado. 1999

**ARCHIVO GENERAL DE SANTANDER.**

**ARCHIVO DEL CONCEJO MUNICIPAL DE BUCARMANGA**

**ARCHIVO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMÓN GONZALEZ VALENCIA**

**ARENAL, Concepción. LA BENEFICENCIA, LA FILANTROPÍA Y LA CARIDAD.** Biblioteca Virtual Miguel de Cervantes. 1950

**BENÉVOLO, Leonardo. ORIGENES DEL URBANISMO MODERNO.** Celeste Ediciones. 1992

**BOTERO Herrera, Fernando. MEDELLÍN 1890-1950. Historia Urbana y Juego de intereses.** Medellín. Ed. Universidad de Antioquia. Clío 1996

**BUCARAMANGA EN CIFRAS 1960-1970.** Cámara de Comercio de Bucaramanga. 1970

**BURBANO**, Francisco Antonio. **CONVENIO COLOMBO – HOLANDES. PROGRAMA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD. SANEAMIENTO.** Bogotá. 1985.

**CAMPOS** Guzmán, Germán, **FALS** Borda, Orlando, y **UMAÑA** Luna, Eduardo. **LA VIOLENCIA EN COLOMBIA.** Bogotá. 1962.

**CARDONA**, Álvaro. **EL ESTADO EN LA HISTORIA DE LA SALUD PÚBLICA.** En: Congreso Internacional “**SALUD PARA TODOS, DESARROLLO DE POLITICAS EN LA SALUD PÚBLICA PARA EL SIGLO XXI**”. Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud Pública. 1980

**CASTRO**, Patricia. **BENEFICENCIA EN MEDELLÍN. 1880 – 1930.** En: **HISTORIA DE MEDELLÍN.** Editor MELO, Jorge Orlando. Tomo II. Compañía Suramericana de seguros. 1996.

**ENGELS**, Federico. **LA SITUACIÓN OBRERA EN INGLATERRA.** Ediciones Futuro. Buenos Aires 1965

**FLORES**, Talavera Rodolfo y **BUSTAMANTE**, Miguel E. **SALUD PUBLICA Y DESARROLLO ECONOMICO Y SOCIAL.** En: Revista de **SALUD PÚBLICA DE MÉXICO.** Época V. Vol. V, Num. 5. Septiembre – Octubre 1963.

**GACETA DE SANTANDER** En: **ACDIHR** (Archivo del Centro de Documentación e Investigación Histórica Regional).

**IRIARTE**, Alfredo y otros. **COLECCIÓN DE HISTORIA DE BOGOTÁ.** Bogotá Ed. Salvat-Villegas. 1989

**JACOME** Valderrama, José. **EL HOSPITAL EN COLOMBIA.** Imprenta del Departamento. Bucaramanga.

**KALMANOVITZ**, Salomón. **ECONOMÍA Y NACIÓN: Una breve historia de Colombia**. Bogotá, Norma 2003

**LEYES DE LA REPÚBLICA** En: **ACDIHR** (Archivo del Centro de Documentación e Investigación Histórica Regional).

**MELO**, Jorge Orlando y Otros. **COLECCIÓN DE HISTORIA DE MEDELLÍN**. Bogotá. Compañía Suramericana de Seguros. 1996

**MOLINA**, Gerardo. **LAS IDEAS LIBERALES EN COLOMBIA** Tomo III. Bogota 1977.

**SOLA-MORALES I RUBIO**, Manuel de. **LAS FORMAS DE CRECIMIENTO URBANO**. Ed. UPC. 1997

**SANCHEZ**, Inés de Madariaga. **INTRODUCCIÓN AL URBANISMO. Conceptos y métodos de la planificación urbana**. Alianza Editorial. Madrid. 1999.

**SILVA** Luján, Gabriel. **POLÍTICA EXTERIOR, ¿CONTINUIDAD O RUPTURA? RESEÑA DE UN DEBATE**. Cerec-Ceic Uniandes. Bogotá, 1985

**ORTIZ**, Mauricio. **DEVENIR DE LA SALUD PUBLICA EN MÉXICO DURANTE EL SIGLO XX**. Instituto de Salud Pública. México 2000.

**POSADA**, Francisco. **COLOMBIA: VIOLENCIA Y SUBDESARROLLO**. Ed. Universidad Nacional: Divulgación cultural. 1969

**PUYO** Vasco, Fabio. **HISTORIA DE BOGOTÁ**. Tomo II. Siglo XX. Editorial Salvat-Villegas. 1989

**RAMOS, Sergio. URBANIZACIÓN Y SERVICIOS PUBLICOS EN MÉXICO.** Instituto de Investigaciones Sociales. México. 1972.

**RESTREPO, Guillermo y VILLA, Agustín. DESARROLLO DE LA SALUD PÚBLICA COLOMBIANA.** Universidad de Antioquia. 1980

**RUEDA Gómez, Néstor José. BUCARAMANGA. Paradojas de un ordenamiento urbano.** Universidad Santo Tomás. 2003.

**RUEDA Gómez, Néstor José. MEMORIA HISTÓRICA Y NUEVOS RETOS. Hospital Ramón González Valencia.** Universidad Santo Tomás. Bucaramanga. 2003

**RUIZ, Prospero. HIGIENE Y SANEAMIENTO.** Medellín 1948.

**TABIBZADEH, I. / ROSSI-ESPAGNET, A. / MAXWELL, R. LA CIUDAD EN PRIMER PLANO: El mejoramiento de la higiene urbana en los países en desarrollo.** Organización Mundial de la Salud. 1990

**UNDA, Opazo Francisco y SALINAS, Cordero Carlos. INGENIERIA SANITARIA APLICADA AL SANEAMIENTO Y SALUBRIDAD PÚBLICA.** Editorial Uteha México. 1969

**VALDIVIESO Canal, Susana. BUCARAMANGA, historia de 75 años.** Bucaramanga. Cámara de Comercio. 1995

**VANGUARDIA LIBERAL**

**VARGAS Pinto, Virgilio. LA POBREZA ANTAGONISTA DE LA SALUD. En: “SALUD PARA TODOS, DESARROLLO DE POLITICAS EN LA SALUD**

**PÚBLICA PARA EL SIGLO XXI”**. Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud Pública. 1980

**ZOIDO**, Florencio y otros, **DICCIONARIO DE GEOGRAFÍA URBANA, URBANISMO Y ORDENACIÓN DEL TERRITORIO**. Ed. Ariel, Barcelona, 2006

### **7.1. Imágenes:**

FOLLETO CONMEMORATIVO URBANAS 1965

BASE CARTOGRÁFICA ÁREA METROPOLITANA DE BUCARAMANGA

CENSO DE POBLACIÓN OBRERA BUCARAMANGA DANE 1942

FOTOGRAFIA CARLOS ESLAVA