

Medicina del cáncer, ciencia y humanismo

Historia del Instituto Nacional de Cancerología

Medicina del cáncer, ciencia y humanismo

Historia del Instituto Nacional de Cancerología

Manuel Vega Vargas · Néstor Miranda Canal



Medicina del cáncer, ciencia y humanismo.

Historia del Instituto Nacional de Cancerología

INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA – ESE

Fernando Ruiz Gómez
Ministro de Salud y Protección Social

Carolina Wiesner Ceballos
Directora General

Martha Lucía Serrano López
**Subdirectora de Investigaciones, Vigilancia
Epidemiológica, Promoción y Prevención**

Lina María Trujillo Sánchez
Subdirectora Médica y de Docencia

Juan José Pérez Acevedo
Subdirector Administrativo y Financiero

Comité de Publicaciones Científicas

Carolina Wiesner
Julie Milena Galvis
Raúl Hernando Murillo
Enrique Cadena
Ricardo Sánchez
Carlos Arturo Hernández
Luis Felipe Torres
Jean Paul Vernot
Sandra Quijano

Stefano Vinaccia
Carlos Alfonso Duarte
Ricardo Bruges
María Mercedes Bravo
Mónica Molano
Marion Piñeros
Jovanny Zabaleta
Luis Carvajal
Jesús Pérez
Carmen García

Manuel Vega Vargas
Néstor Miranda Canal
Autores

Carolina Manosalva Roa
Juan Manuel Acevedo Peralta
Investigación

Constanza Padilla Ramos
Edición y coordinación general

Rey Naranjo
Diseño

Ella Suárez Pérez
Corrección de estilo

INC
Fotografía de portada

Panamericana Formas
e Impresos S. A.
Impresión

978-958-8963-18-1
ISBN

Hecho el Depósito Legal

© Instituto Nacional de Cancerología ESE
Reservados todos los derechos. No se permite la reproducción total o parcial de esta obra, ni su incorporación a un sistema informático, ni su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio (electrónico, mecánico, fotocopia, grabación u otros) sin autorización previa y por escrito del Instituto Nacional de Cancerología. La infracción de dichos derechos puede constituir un delito contra la propiedad intelectual.

Citar como: Instituto Nacional de Cancerología ESE. *Medicina del cáncer, ciencia y humanismo. Historia del Instituto Nacional de Cancerología*. Primera edición. Bogotá D. C.: Instituto Nacional de Cancerología ESE, 2020.

Contenido

Agradecimientos	7	Capítulo 6	
Una vocación de servicio	8	El Instituto Nacional de Cancerología	
Una historia de lo público	10	en tiempos de consolidación del Sistema	
Prefacio	12	de Salud en Colombia, 1958-1969	283
Capítulo 1		Capítulo 7	
Un preámbulo necesario: la medicina francesa		El instituto y el Plan Nacional de Cáncer	
y el Instituto Nacional de Cancerología	21	en el contexto de la reorganización	
Capítulo 2		del Sistema Nacional de Salud, 1970-1989	353
Los antecedentes del Instituto		Capítulo 8	
Nacional de Cancerología	55	El instituto en el marco del Sistema General	
Capítulo 3		de Seguridad Social en Salud, 1990-2019	433
La creación del instituto y sus primeros		Post scriptum	
años de funcionamiento	93	Ceremonia simbólica por un mundo sin pandemias	
Capítulo 4		(A propósito de la irrupción de la covid-19)	551
La crisis promueve el cambio. Tensiones		Bibliografía	561
y transformaciones en la consolidación		Directores INC	581
del instituto, 1944-1945	155	Sobre los autores	585
Capítulo 5			
Tiempo de definiciones: un nuevo nombre			
y un encuadre institucional definitivo, 1945-1957	211		

Agradecimientos

Construir la historia del Instituto Nacional de Cancerología ha sido un trabajo conjunto que muchas personas han secundado con su información y su entusiasmo.

Agradecemos, en primer lugar, a la doctora Carolina Wiesner Ceballos por haber impulsado este proyecto que constituye un avance significativo en la recuperación histórica del legado público del instituto. A la doctora Lina Trujillo, subdirectora Médica y de Docencia, al doctor Juan José Pérez, subdirector Administrativo y Financiero y a la doctora Martha Serrano, subdirectora de Investigaciones, Vigilancia Epidemiológica, Promoción y Prevención por sus oportunas observaciones. Al doctor Mario Hernández, director del doctorado interfacultades de Salud Pública de la Universidad Nacional, por sus consejos y orientación al inicio del proceso. A Álvaro Acosta Peñaloza, asesor jurídico de la Dirección, por su atenta lectura de la obra. A las enfermeras Rocío López Rangel, coordinadora del Programa Cuidando a cuidadores; Marcela Cárdenas Fandiño, gestora de Pediatría Oncológica; Ana Cecilia Contreras, pensionada del INC, y Rocío Jaimes, ex jefe del Departamento de Enfermería; a los doctores Humberto Martínez Cordero, coordinador del Grupo de Hemato-oncología; Ricardo Oliveros Wilches, coordinador de la Clínica de Gastroenterología; Rafael Beltrán Jiménez, Coordinación de la Unidad Funcional de Cirugía de Tórax; Camilo Soto Montoya, Coordinación de la Unidad Funcional de Ortopedia; Carlos Rodríguez, de la Unidad de Cuidados Paliativos; a las doctoras Sandra Díaz Casas, Coordinadora de la Unidad Funcional de Seno y Tejidos Blandos; Martha Lucía Serrano, María Mercedes Bravo y Carolina Sanabria Rojas del Departamento de Biología del Cáncer y Carmen Amelia de los Reyes Victoria, especialista del Grupo de Medicina Nuclear;

a Ana Edith Hernández, trabajadora social; Adriana Patricia Hernández, jefe de la Oficina Asesora de Planeación; María Teresa Villamizar, ex presidenta de las Damas Voluntarias; Adriana María Garzón, de la Fundación Simmon; Carolina Díaz, de la Fundación Emilio, y Luis Alfonso Huertas, de Mantenimiento. Ellas y ellos nos entregaron valiosa información durante los grupos focales.

Así mismo, agradecemos a las enfermeras oncológicas Cielo Almenares y Mónica Márquez; a Ana Luisa Velandia, por sus aportes sobre la historia de la enfermería; a los doctores Juan José Pérez, subdirector Administrativo y Financiero, y Carlos Rodríguez; a las doctoras Carmen Amelia de los Reyes, María Mercedes Bravo, Magda Lorena Jiménez, y a la bacterióloga Lida Salazar quienes ampliaron para nosotros información de sus respectivas especialidades.

A los doctores Carlos Castro, Raúl Murillo, Julio Ospina y Carlos Vicente Rada quienes amablemente compartieron su visión de la historia del INC en los diferentes momentos que les correspondió como directores.

A Sandra Bernal y Ximena Bedoya, del Departamento de Comunicaciones, por su ayuda con el material fotográfico del INC; a Vida Helena Bautista, Coordinadora del Grupo Área Gestión Documental y Correspondencia del INC, a Gabriel Escalante, coordinador del Servicio de Consulta del Archivo Central Histórico de la Universidad Nacional y a Alexander Castillo, de la Biblioteca Luis Ángel Arango por su oportuna asistencia y apoyo en la búsqueda documental; a Daniela Palacio, por su apoyo en las entrevistas con los directores; al equipo de Rey Naranjo, por su esmerado trabajo en el diseño de este libro; a Liliana Díaz y Jenny Vanessa López por su apoyo constante en las relaciones con Dirección, y a David Ocampo y Luz Guillermina Synning por compartir sus historias.

Una vocación de servicio

En el año de 1934, aún bajo el Gobierno del presidente Enrique Olaya Herrera, comenzó la historia de una de las instituciones públicas más importantes del campo de la salud en Colombia: el Instituto Nacional de Radium, hoy conocido como Instituto Nacional de Cancerología (INC). Ubicado en la calle primera con carrera novena de Bogotá, y bajo la tutela de la medicina francesa, el instituto inició actividades en 1935 y llegó a ser considerado en su momento como el hospital más avanzado para la lucha contra el cáncer en América Latina. Su misión, sin embargo, no fue sencilla. Debía enfrentarse al cáncer, una enfermedad que venía ganando protagonismo desde la segunda mitad del siglo XIX —principalmente en los países de más altos ingresos— y para la cual no se había encontrado en aquel momento una cura definitiva.

Una nueva esperanza terapéutica por aquel entonces provenía de la radioterapia, técnica que consistía en la exposición de los pacientes a agujas con *radium* elemento y que producía resultados más o menos favorables dependiendo del avance de la enfermedad. La radioterapia venía siendo utilizada en Francia por médicos como Claude Regaud, heredero de los seminales aportes de los esposos Curie, quien se convirtió en un actor central, junto con los doctores José Vicente Huertas y Alfonso Esguerra Gómez, en la creación del Cancerológico.

En medio de un país convulso, el instituto logró consolidarse en los años siguientes y se adaptó primero al Sistema Nacional de Salud y luego al Sistema General de Seguridad Social en Salud, creado por la Ley 100 de 1993. Cuando el cáncer comienza a ser un problema más visible en Colombia y mientras muchos hospitales permanecieron en crisis a lo largo del siglo XX, o se vieron abocados a su cierre en los años noventa, el INC logró superar todos los retos y se presenta hoy como una entidad modelo para el país.

¿En qué radica su éxito? Esta pregunta y algunas respuestas ya se asomaban en la que podría ser la primera historia oficial del instituto, preparada por el reconocido médico colombiano Efraim Otero Ruiz y publicada en el año 1999 bajo el título *Setenta años del cáncer en Colombia. Historia del Instituto Nacional de Cancerología, 1934-1999*. Veinte

años después, nuevos episodios se han sumado a la narración iniciada por Otero y con ellos nuevas respuestas, nuevas fuentes y varios aspectos inéditos de la institución.

La tarea de escribirlos fue encargada al médico e historiador, Manuel Vega Vargas, y al sociólogo Nestor Miranda Canal, especialista en el estudio de la historia de la medicina y de la ciencia en Colombia. Ellos nos ofrecen una obra que regresa sobre los pasos del instituto para develar su historia excepcional: el trasegar de una de las pocas instituciones hospitalarias públicas que se ha destacado por su buena administración, por su impecable gestión, por su cobertura nacional y por sus óptimos resultados en salud, siempre en el marco del cumplimiento de sus funciones originarias: asistencia, docencia, investigación y salud pública.

Con el propósito de lograr una historia más comprensiva de ese carácter excepcional, en estas páginas los autores han puesto en relación el devenir íntimo del instituto, los cambios en la medicina mundial, las transformaciones en el sistema de salud y las realidades sociopolíticas y económicas nacionales, regionales y mundiales de cada periodo. El resultado es una narrativa sobre la pervivencia del INC que finaliza en el presente, reflexionando sobre el porvenir y enunciando los grandes retos de un país atenazado por la pandemia de covid-19.

Esperamos que esta historia del instituto nos deje lecciones importantes sobre cómo enfrentar este momento acuciante de la historia humana, pero también sobre cómo reorientar la organización de los servicios de salud y en especial de los hospitales en una sociedad pospandemia. Ojalá la misma esperanza y tesón que se advierte en la larga historia del instituto oriente nuestros esfuerzos como sociedad en los próximos años.

Carolina Wiesner Ceballos

Directora

Instituto Nacional de Cancerología

Una historia de lo público

Durante toda su existencia, el Instituto Nacional de Cancerología ha constituido la estrategia del Estado para entender la problemática del cáncer y para generar el conocimiento sobre el que se fundamentan las políticas y planes que permiten combatir esta enfermedad creciente, emblemática del mundo contemporáneo, industrial y urbanizado. En ese sentido, el instituto ha cumplido varios roles de importancia a lo largo de su historia.

Desde sus inicios, ha sido un espacio para la innovación tecnológica y se ha centrado en el fortalecimiento de sus cuatro líneas de trabajo: *atención a pacientes*, con calidad y trato humano; *investigación*, con un amplio trabajo en prevención básica, clínica y epidemiológica; *docencia*, a través de una sólida formación de talento humano, y *salud pública*, mediante la cual —como observatorio de cáncer— apoya al Ministerio de Salud y Protección Social en la orientación y fundamentación de las políticas de control de la enfermedad.

El Ministerio, con el INC como órgano consultivo, trabaja en la construcción de marcos de referencia que permitan a todos los actores del sistema diseñar planes y programas encaminados al control del cáncer. En este sentido, se apoya en el instituto para el desarrollo de herramientas tales como los modelos para la atención de pacientes oncológicos, educación en cáncer, gestión de programas de cáncer en las instituciones de salud del país, construcción y estandarización de metodologías de vigilancia y prevención de la enfermedad, así como la implementación de redes nacionales e internacionales de cáncer.

El libro *Medicina del cáncer, ciencia y humanismo. Historia del Instituto Nacional de Cancerología* documenta este relato, reflejando no solo la preocupación estatal por la atención del cáncer sino el avance y la importancia que representa para el país tener un centro de alta especialización como lo es el INC. Adicionalmente, el texto muestra las actuaciones de la institución en el marco del sistema de salud colombiano, así como los retos que ha asumido y que la han llevado a convertirse en el referente

nacional del tratamiento y prevención de la enfermedad. Finalmente, el libro es un reconocimiento al trabajo de todo el personal médico y de enfermería, al personal administrativo, a los mismos pacientes y sus familias y a todos cuantos han hecho de la historia del instituto un tejido de luchas y avances hasta llegar al lugar de preponderancia que hoy ocupa.

El INC cuenta entre sus logros haber recibido el Premio Nacional en Función Pública, además de ser miembro de la Organización Europea de Institutos de Cáncer (OECI) y de la Red de Institutos Nacionales de Cáncer (RINC); actuar como centro colaborador de la iniciativa Global de Registros de Cáncer (GICR); ser el único hospital público reconocido como centro de investigación, y haber participado en la reducción de la incidencia del cáncer de cuello uterino y de los cánceres asociados al tabaco en el país.

Con una historia de construcción colectiva y una perspectiva de futuro importante en las tareas de prevención y control del cáncer, el INC mantiene su vocación de servicio intacta y un propósito meridiano: ser una institución de todos, para todos los colombianos.

Fernando Ruiz Gómez

Ministro de Salud y Protección Social

Prefacio

Medicina non ingenii humani partus est, sed temporis filia
Giorgio Baglivi

La enfermedad llamada cáncer fue identificada por la Medicina de Tradición Occidental (MTO) —o científica, universitaria, oficial, etc.— desde sus orígenes, varios siglos antes de Cristo. En efecto, aparece nombrada y brevemente descrita hacia los siglos vi y v a. C. en *Sobre las enfermedades de las mujeres*, uno de los Tratados Hipocráticos que constituyen la piedra angular de esa medicina. Allí, en griego, se le denomina *Karkínos* (cangrejo) pues los tumores observados por el autor de ese texto se desarrollaban expandiéndose por el cuerpo humano de una forma que él asimiló a los rastros que dejaba la marcha de este crustáceo. Desde esas épocas esta enfermedad se ha asociado con el dolor y la muerte debido a su carácter deletéreo y frecuentemente mortal. Terminando el siglo XVIII ya ocupaba un lugar destacado dentro de las enfermedades más temidas de los tiempos modernos, junto con la sífilis y la tuberculosis: a finales del siglo XIX se puede decir que disputaba el primer puesto dentro de esta trilogía. Pero su presencia en la humanidad es mucho más antigua. La paleopatología ha encontrado rastros plausibles de ella en la América precolombina, e incluso en el antiguo Egipto y la antigua Persia. A lo largo de sus más de dos mil quinientos años de existencia, la MTO le ha seguido el rastro, pero el conocimiento y su abordaje terapéutico, bien sustentados, provienen de los años de tránsito de los siglos XIX al XX, como se podrá ver brevemente en el segundo capítulo de este libro.

Los primeros médicos colombianos formados en la MTO tuvieron que enfrentarla desde los años en que comenzaron a funcionar los planes de estudios sólidos y actualizados de dicha medicina, debidos a José Celestino Mutis y a su discípulo, el criollo Miguel de Isla, en el Colegio del Rosario. Los galenos de esta época —que coincide con el tránsito de la Colonia a la República— utilizaron el arsenal diagnóstico y terapéutico que era usual en estos tiempos y, con seguridad, fueron acumulando una experiencia en este ámbito del cáncer que fue pasando de generación en generación. Pero solo hacia el año 1900 empezó a configurarse en la medicina llamada científica un campo especializado muy importante que se llamaría cancerología (y un poco más tarde oncología) y que sería una especie de ícono de la medicina de vanguardia desde el siglo XX en adelante. La gran mayoría de los médicos colombianos que durante la segunda mitad del siglo XIX se formaron en Europa, y en especial en Francia, la meca de esta MTO, trasladaban a Colombia experiencias y saberes que se difundían en las primeras publicaciones médicas nacionales (*La Lanceta* y la *Gaceta Médica de Colombia*), las escasas escuelas de medicina que existían, los hospitales y en los mismos consultorios privados, así como en las reducidas comunidades de médicos de la capital y en ciudades como Medellín, Cali y Cartagena. Los viajeros ilustrados que visitaban el país también eran portadores de noticias sobre el cáncer y sus tragedias, así como sobre los avances en la lucha contra este «azote» que tenían lugar en el Viejo Continente. Poco a poco se fue formando un acumulado de ideas, iniciativas y expectativas sobre la enfermedad —toda una corriente dentro de la medicina nacional— que no era ajeno a las élites que dirigían el país, las que aspiraban a modernizar a Colombia en todos los frentes, incluidos los de la medicina y la salud.

Esta aspiración de los médicos y las élites se concretó en la fundación del Instituto Nacional de Radium, en 1934, llamado después Instituto Nacional de Cancerología, cuya historia se trata de reconstruir —y celebrar— en este libro. No es exagerado afirmar que esta fundación constituye la más destacada iniciativa que se ha producido en el país en lo que tiene que ver con esta compleja, creciente, multiforme y costosa enfermedad. Y tampoco lo es señalar que su historia constituye un hito en el conjunto del desarrollo médico y sanitario y, en general, en el dominio del avance científico-técnico nacional.

Para la elaboración de esta historia se tomó como punto de partida el libro pionero de Efraim Otero Ruiz, titulado *Setenta años del cáncer en Colombia. Historia del Instituto Nacional de Cancerología, 1934-1999*, que constituye un legado de este instituto¹. Podría decirse que su publicación, en 1999, inicia oficialmente el camino de la historiografía del cáncer y la cancerología en Colombia, ruta que continúa la presente publicación y que —es de desear— prolongarán otros trabajos que irán construyendo una narrativa cada vez más amplia, detallada y diversa al respecto, gracias a las variantes teóricas y metodológicas de la historiografía, una disciplina que no cesa de renovarse con los

aportes de las ciencias humanas y sociales. Con razón el propio Otero Ruiz insiste en su prólogo sobre la necesidad de contar y recontar esta historia. Así como lo hacen los historiadores de las diferentes sociedades que proponen permanentemente nuevas versiones de las mismas para entenderlas mejor dentro de los contextos renovados por el cambio social y científico-técnico, y para no repetir su acontecer histórico real (*historia gestae*) y su narrativa (*historia rerum gestarum*, en términos de la antigüedad latina) como tragedia o comedia; y también para que —como quería el viejo Heródoto, el fundador de la disciplina histórica— sus avatares no se pierdan con los tiempos que ineludiblemente van haciendo parte del pasado.

Ya *ad portas* de los ochenta y cinco años de recorrido, luchas y sacrificios, éxitos y reconocimientos, sin descontar frustraciones y obstáculos, la actual dirección del INC consideró que era «justo y necesario» complementar lo narrado por Otero desde una perspectiva más actual y más comprensiva en un nuevo libro. Para cumplir este propósito se integró un equipo compuesto por Constanza Padilla Ramos, comunicadora social de la Universidad Javeriana con un amplio recorrido en el trabajo de edición, quien estuvo al frente del proyecto; Manuel Vega Vargas, médico y candidato a doctor en historia de la Universidad Nacional, quien asumió la labor de investigación básica y de escritura del texto, y Néstor Miranda Canal, sociólogo de la Universidad Nacional con una larga dedicación como docente e investigador en historia de las ciencias y la medicina, quien apoyó el trabajo del doctor Vega. En las etapas iniciales del proyecto, se contó, además, con la participación de Carolina Manosalva Roa, enfermera egresada de la Universidad Nacional y máster en historia de la misma universidad, la que fue decisiva en los contactos iniciales con el instituto y otras instancias en

1 Efraim Otero Ruiz (1931-2014) fue por varios años miembro científico y administrativo destacado del Instituto Nacional de Cancerología. Ocupó cargos de primer orden en instancias directivas de la ciencia y la medicina colombianas, como fueron la dirección de Colciencias —hoy en trance de convertirse en ministerio—, el Ministerio de Salud, la presidencia de la Academia Nacional de Medicina y la presidencia de la Sociedad Colombiana de Historia de la Medicina, entre otros. Se distinguió en los campos de la política, lo social e incluso en el plano de la escritura científica y literaria, tanto en el ámbito nacional como en el internacional.

donde existen fondos documentales pertinentes, así como en la recolección de buena parte de la información básica.

Una vez ubicadas las fuentes documentales, se revisaron obras y artículos de historia económica y social tanto de Colombia como internacionales, también revistas y periódicos nacionales y extranjeros, todo ello con miras a tener la información y los análisis requeridos sobre la historia del país y del mundo (del hemisferio occidental) en el siglo xx y lo que va corrido del xxi, con el propósito de ubicar y entender mejor la historia del instituto dentro de estos marcos internos y externos: un propósito ambicioso teniendo en cuenta las limitaciones de recursos, espacio y tiempo. Pero es de esperar que en este terreno el lector encuentre en el libro publicado unas líneas básicas que le sirvan de orientación contextual y que los posibles nuevos historiadores tanto del instituto como del cáncer encuentren retos para superar y situaciones para replantear.

Los autores comparten los planteamientos y no pocas de las enseñanzas de los llamados Estudios Sociales de Ciencia y Tecnología (ssst, por sus siglas en inglés) —y de las ciencias sociales, en general— sobre el papel decisivo que cumplen los procesos y fenómenos sociales, culturales y políticos en la producción de ciencia y tecnología, así como en el proceso de la asimilación de los conocimientos teóricos y del *know how* producidos en los «países centrales» por parte de los países llamados «periféricos», como es el caso de Colombia. Una situación que es cada vez más compleja y estratégica. Además, porque el INC es profundamente nacional, pero está inscrito, también, en un contexto internacional con el cual interactúa.

Conviene señalar que en el manejo de la documentación se hizo un esfuerzo por privilegiar las fuentes primarias, es decir, los documentos originales existentes en el Instituto Nacional de

Cancerología, en algunas bibliotecas como la Nacional y la Luis Ángel Arango, y en el Archivo General de la Universidad Nacional de Colombia. También se quiso partir de las inquietudes y las aspiraciones del personal del INC, para lo cual, al comenzar la investigación, se llevaron a cabo algunos grupos de discusión con médicos, enfermeras y personal administrativo, además de entrevistas con los directores de las últimas administraciones, incluida la actual directora, doctora Carolina Wiesner Ceballos. La información obtenida en los grupos de discusión y en las entrevistas —así como en conversaciones generosas y espontáneas con funcionarios de distinto nivel— fue de gran importancia para detectar temas claves para abordar y desarrollar, así como hitos, personajes y momentos de celebración y también de dificultad, además de expectativas hacia el futuro. Puede afirmarse que el material recolectado, tanto escrito como oral, y los temas dignos de ser abordados superaron ampliamente el tiempo con el que se contaba para trabajarlos y también desbordaron el espacio físico previsto para consignarlo editorialmente. Hasta el punto de que los autores llegaron a pensar en la conveniencia —quizás para el futuro— de un proyecto editorial institucional de varios años para emprender una historia que bien podría contarse desde el interior del INC, en donde ya existe un interés por el devenir del cáncer y de la cancerología, como lo demuestra la interesante sección que apareció en una época bajo el rubro de «Archivo Histórico» en la revista del instituto.

Desde el punto de vista de la temática abordada hay que decir que el lector que disponga de alguna información sobre el instituto y su historia puede lamentar que algunos tópicos (acontecimientos, personalidades, etc.) hayan sido solo enunciados o mínimamente referidos, o que incluso hayan quedado definitivamente por fuera de este libro, lo cual es apenas normal.

Sería insensato o utópico pretender elaborar una historia total que recuerde todos los acontecimientos y todos los actores de una institución o de una sociedad. Pero tampoco sería sensato ponerse en el extremo de dejar de lado los actores humanos, como propuso hacerlo en algún momento la tendencia historiográfica que se llamó «la historia sin sujeto», promovida por algunos estructuralistas o de tendencia socio-económica ultra radical, con el fin de enfatizar las instancias estructurales que realmente definirían los procesos sociales más allá de los individuos que serían apenas episódicos y circunstanciales. En este libro se destacaron las personalidades y los profesionales de diverso rango y especialidad que las fuentes primarias y secundarias sugerían y relievaban, pero necesariamente quedaron por fuera algunos actores importantes. Sin embargo, en los autores siempre primó la convicción de que todo lo que se ha hecho y cumplido y que tiene al INC en el destacado lugar donde se encuentra desde los años cuarenta del siglo xx, por lo menos, son el producto de un trabajo eminentemente colectivo que ha comprometido a los funcionarios de todos los niveles, e incluso a quienes desde fuera (el Estado y la sociedad civil) han colaborado reforzando e impulsado su funcionamiento y su desarrollo. No pueden olvidarse en esta acción positiva los pacientes y sus familias, que con su dolor y su valentía, en no pocos casos, insuflaron mística y dedicación en todo el personal del instituto.

Otro tanto sucedió con las temáticas, que también debieron ser seleccionadas unas y obviadas otras. Pedir que en una historia se aborden y registren todos los acontecimientos sería caer en el despropósito del emperador de China que, en una de las fábulas de Jorge Luis Borges, pretendía que sus cartógrafos le elaboraran un mapa que pudiera superponerse sobre toda la extensión de su imperio. Aquí se tomaron como temas principa-

les a tratar los correspondientes a las funciones encomendadas al Instituto Nacional de Radium en el momento de su fundación, que constituyeron sus propósitos misionales: lo asistencial; lo docente y educativo; lo investigativo y las publicaciones, poniendo el énfasis en uno u otro de estos temas según el momento histórico del instituto, y el peso y la presencia del cáncer en el país, además de los documentos. El lector podrá comprobar o echar de menos el cumplimiento de este propósito. No se trataba, de todas maneras, de agotar todo lo acaecido. También era necesario abrir espacios para otros temas menos misionales y más circunstanciales —incluso cotidianos— relacionados con la marcha del instituto y su personal, así como con la presencia y el tránsito de los médicos y los distintos profesionales de la salud, además de otras clases de personas, como los pacientes y algunos visitantes o residentes temporales, especialmente extranjeros. Un tema afín a este, que llamó la atención de los autores, fue el mantenimiento de las relaciones internacionales de la institución desde su fundación hasta la actualidad, aunque hubo períodos de interrupción. En ellas se destacan las establecidas con institutos similares de la vecindad latinoamericana y de otros países.

Durante el relato se evidenció la presencia y el gran aporte de organizaciones ligadas por naturaleza y origen al instituto, como el Voluntariado o la Liga Colombiana de Lucha contra el Cáncer, y otras instancias que han sido fundamentales para la labor del INC. También se le brindó un espacio considerable a las relaciones con la Universidad Nacional, sobre todo en los primeros años, y luego con otras universidades. En fin, la historia narrada podrá, además, servir de inspiración para el futuro y para fortalecer el necesario apoyo del Estado y del Sistema General de Seguridad Social en Salud a esta entidad pública

ejemplar. En este sentido, aquí podrá leerse entrelazada en todo el texto una especie de historia de los sistemas de salud y seguridad social del país.

El libro está dividido en ocho capítulos que siguen un ordenamiento cronológico, pero por debajo de la cronología actúan, y de manera importante, los acontecimientos que los autores, fundamentados en la documentación de base (escrita y oral) y los análisis, consideraron como relevantes, tanto para la institución como para la sociedad colombiana. A manera de ejemplo, los dos primeros capítulos ilustran la afirmación de Efraim Otero Ruiz en el sentido de que la fundación del instituto «podría considerarse como la última gran obra de la medicina francesa en Colombia». En el primero se hace una caracterización de esa medicina que deberá enfrentarse en el plano de la competencia por la vanguardia médica internacional, en el transcurso de los siglos XIX al XX, con la ascendente medicina norteamericana, finalmente triunfadora como biomedicina, y ahí mismo se dan algunas pistas sobre las razones de este proceso. En el segundo se inicia la reseña sobre algunas de las figuras de la medicina colombiana que jugaron un papel destacado en los primeros pasos de la oncología en el país, y se presenta la labor de un importante actor extranjero, el francés Claude Regaud, que merece ser reconocido, como podrá constatar el lector. También se presenta el temprano trabajo en el dominio del cáncer del doctor Alfonso Esguerra en Francia y en Colombia, que fue de gran impacto, aunque finalmente este se aisló del proceso de fundación del instituto para reaparecer unos años después. Luego vienen en secuencia cronológica seis capítulos más, hasta el capítulo octavo que cierra el libro bajo la denominación de «El Instituto en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud, 1990-2019», en donde se hace un balance global

de la situación actual del INC y se reseñan algunas de las últimas transformaciones y realizaciones, dejando abierto el panorama para enunciar algunas de las perspectivas que le esperan, como retos, en el futuro. Esto y mucho más incluye el libro titulado *Medicina del cáncer, ciencia y humanismo. Historia del Instituto Nacional de Cancerología*, que queda listo para el escrutinio de médicos y otros profesionales de la salud, de pacientes, de profesionales de la historia de la medicina y del cáncer, así como de historiadores y funcionarios del sector de la salud, además de lectores del público interesado.

Para cerrar este prefacio es importante señalar que la historia del instituto no ha sido idílica, como tampoco lo ha sido la del país que lo ha contenido en el transcurso de su existencia. Un país que se ha visto sometido a un severo juego político e ideológico en el que la violencia no ha dejado de estar presente y que ha atravesado un difícil proceso de construcción del Estado nacional y, últimamente, de un Estado social de derecho en la búsqueda de una democracia para todos, con seguridad y en la búsqueda de la reducción de la desigualdad en todos los frentes, incluido el de la salud. En algunos momentos, como se verá, este rasgo de la vida colombiana ha tocado al instituto, como sucedió por los años de 1944-1945, lo cual se registra en el capítulo cuarto. Pero de ella, la institución salió fortalecida y, sobre todo, obtuvo un aprendizaje que al parecer se convirtió en un rasgo propio que le ha permitido enfrentar nuevas crisis, algunas debidas a la manera de hacer política en el país que suele contaminar instituciones no políticas, como podría ser el caso del INC, que afortunadamente ha logrado mantenerse lejos de esa situación; también ha presenciado dificultades intramurales de las cuales ha sabido salir adelante. Por encima de ello, la historia del INC ha sido una historia triunfante, podría decirse,

que evidencia la consolidación de una institución pública al servicio de los colombianos y las colombianas, e incluso de los originarios de otros países latinoamericanos, y que presenta una identidad institucional estimulante hecha también de entrega y sacrificio. Los autores pudimos comprobar de manera directa y personal esta verdad en nuestras visitas a las instalaciones del instituto, la revisión de la documentación y en su análisis, en las entrevistas, los grupos de discusión y el contacto con el personal de todos los frentes y niveles con el que interactuamos en la elaboración del libro. Es evidente el compromiso, la preparación y el elevado talante laboral, ético y humanitario que comparte todo el personal que integra el INC.

Por parte de los autores solo nos resta dar gracias a las distintas instancias directivas, incluida, naturalmente, la Dirección, por el apoyo, la tolerancia y el respeto por nuestro trabajo, así como por su apertura frente a las discusiones y los interrogantes que se plantearon sobre diversos temas y tópicos. Y, finalmente, declarar que en relación con las afirmaciones ideológicas o políticas que puedan identificarse en el libro, toda la responsabilidad recae sobre los autores y, de ninguna manera, provienen de miembros del personal del instituto o de funcionarios de la salud o del Estado. Todo lo planteado está respaldado en documentos y análisis que pueden controvertirse y discutirse hasta la última letra, e incluso en su espíritu, lo cual sería un aporte decisivo para un país necesitado de tolerancia, respeto por las ideas ajenas, así como de convivencia en la diversidad.



CAPÍTULO 1

Un preámbulo necesario: la medicina francesa y el Instituto Nacional de Cancerología

EFRAIM OTERO RUIZ, EN EL PREFACIO DE SU LIBRO *Setenta años del cáncer en Colombia. Historia del Instituto Nacional de Cancerología*, afirma que la fundación de esta institución «podría considerarse como la última gran obra de la medicina francesa en Colombia» (1999, 11), lo cual ubica este acontecimiento en el panorama internacional y en el contexto de una historia más comprensiva. La «última gran obra» porque cuando se funda este instituto, en 1934, la hegemonía que había ejercido la medicina francesa sobre la medicina colombiana en un proceso de casi un siglo estaba en la recta final, como ocurría en muchos países del hemisferio occidental. La preponderancia de la medicina gala en el país había sido positiva y esta condición se había expresado en el trabajo rutinario de los médicos formados dentro de las doctrinas y las prácticas propias de dicha medicina. También en obras de mayor trascendencia, esas que crecen y se consolidan para convertirse con el tiempo en patrimonio nacional, como fue el caso del Instituto Nacional de Radium, llamado después de Cancerología. Ahora bien, comenzando el siglo xx era evidente el ascenso de una medicina también con marca nacional, la de los Estados Unidos de América, que toma el relevo de la francesa

Louis Pasteur, óleo sobre lienzo, Albert Edelfelt, 1885. Musée d'Orsay, París.
Fotografía: Ondra Havala.

en el ejercicio de la hegemonía médica internacional. Desde la Primera Guerra Mundial, la nación del norte, con una historia y unos orígenes bien distintos a los de los países latinos y latinoamericanos, desplazaba del primer puesto en el poder económico y geopolítico mundial a países europeos como Inglaterra y Francia, que lo habían ocupado desde su constitución como Estados nacionales a partir del Renacimiento. El camino entreverado de esos dos procesos simultáneos fue largo y discontinuo y se cumplió al ritmo que determinaban las condiciones propias de cada uno de los países implicados.

En Colombia, el paso del predominio de la influencia médica francesa a la norteamericana lo han estudiado varios historiadores de la medicina;¹ pero en este texto vale la pena hacer algunas precisiones conceptuales e históricas al respecto para entender más ampliamente la afirmación de Efraim Otero Ruiz en el contexto de la historia de la medicina internacional y nacional, así como en la de los 86 años del Instituto Nacional de Cancerología. Su comprensión es conveniente, incluso, para entender mejor la historia del país, pues como lo afirmaron Paul Milliez (1912-1994) y Alexandre Minkowski (1915-2001), dos «mandarines» de la medicina francesa del siglo xx, en su obra *Une certaine idée de la médecine*: «Interrogarse sobre la medicina es interrogarse sobre todo; sobre Dios, el derecho a la vida, la muerte, el deber del Estado y el de los ciudadanos, la economía de un país y la libertad de sus habitantes» (1981, s. f.).

1 Néstor Miranda Canal (2017 y 1993), Carlos Andrés Pineda Cañar (2014), Emilio Quevedo (Quevedo et al. 2013a), Juanita Olaya Ruiz (2013) y Juan Carlos Eslava (1996).





Portada del volumen I, segunda edición de «Cellularpathologie», de Rudolf Virchow, 1859 (primera edición 1858). Librero Anticuario Dr. Haack, Leipzig. Fotografía: H. P. Haack.

LA MEDICINA FRANCESA

La llamada *medicina francesa*, citada en el libro de Otero y abordada en este texto,² tiene su origen en la gran Revolución francesa de 1789, que transformó los parámetros de la política, del Estado y de la sociedad de ese país europeo, con consecuencias continentales y mundiales. Las ideas, las instituciones y las reformas que de allí brotaron tuvieron un efecto evidente en las independencias latinoamericanas de comienzos del siglo XIX y se expresaron en los proyectos más o menos realistas, más o menos utópicos, de construcción de las naciones y de las identidades nacionales de los nuevos países que lograron liberarse de un colonialismo ejercido sobre ellos durante varios siglos.³

Las transformaciones que se cumplieron en Francia, al calor de la Revolución, también alcanzaron la educación médica y los hospitales, así como los hospicios y otras instituciones de asistencia social y de salud pública de ese país. Es posible asumir

2 En los estudios de historia de la medicina, a esta medicina con la marca nacional francesa también se le ha llamado *clínica francesa*, *medicina anatomoclínica*, *medicina de la Escuela de París*, etc. Como hecho histórico, hace parte del pasado, pero sigue resonando en las profundidades del presente, lo mismo que sucede con todos los hechos que han marcado las civilizaciones y los pueblos. Por su parte, lo que se llama *medicina norteamericana*, tuvo un proceso de gestación y consolidación que es también histórico, pero que, a diferencia de la francesa, sobrevive en el presente como biomedicina.

3 La independencia de las trece colonias de Inglaterra en Norteamérica tuvo lugar unos pocos años antes de la Revolución francesa, pero se nutrió de las ideas filosóficas, políticas y sociales del iluminismo y del enciclopedismo franceses que inspiraron y prepararon el terreno para la de 1789.

Las transformaciones que se cumplieron en Francia, al calor de la Revolución, también alcanzaron la educación médica y los hospitales.

que lo sucedido en estos terrenos fue también una verdadera revolución, es decir, una ruptura neta, profunda y sin retorno que transformó radicalmente la *medicina de tradición occidental*.⁴ El médico psiquiatra e historiador de la medicina Erwin H. Ackerknecht (1906-1988) ha establecido, con base en un sólido trabajo sobre la Escuela Clínica de París entre 1794 y 1848, que la «nueva escuela y la nueva medicina fueron ambas hijas de la Revolución, nacidas en los tumultos, el frío y la hambruna del año III (1794)» y que con ella surgieron «nuevos hospitales, nuevas escuelas y una mejor enseñanza, tanto para los médicos como para los veterinarios y los farmacéuticos» (1986, 10-11). Los vientos renovadores que en el campo de la medicina brotaron de la Revolución francesa se expandieron por los países de Europa y América, de la mano de los numerosos médicos que se formaron en ese país, así como por la acción de políticos e intelectuales que se inspiraron en las ideas de la gesta de 1789. A

esta expansión contribuyeron, incluso, las guerras napoleónicas que, con el propósito de defender y extender la revolución, cubrieron de sangre el continente europeo, de España hasta la Rusia de los zares, sin ahorrar los países del cercano Oriente y del norte de África. El reinado de esta «medicina triunfante», como se la llamó, se prolongó durante más de un siglo, para ponerle límites temporales, aunque como lo señala el historiador Robin George Collingwood, «los libros de historia tienen un comienzo y un fin, pero no los eventos que en ellos se describen» (*Storia* 1978, 255). Los procesos históricos significativos siguen vibrando, para bien y para mal, en el alma de los pueblos. Y no pocas veces suelen hacer ruido mucho tiempo antes de producirse.

En Colombia, la medicina francesa previa a la Revolución aparece con el magisterio médico y científico ejercido por José Celestino Mutis desde su arribo al país, hacia 1760. Ya «oficialmente» y contaminada con algo del sabor que le dio la Revolución, el mismo Mutis la inscribe en los planes de estudios de 1801 y 1805 destinados a la formación de médicos y cirujanos que formula para el Colegio Mayor del Rosario; ahí estaba mezclada con legados importantes provenientes de las medicinas de Inglaterra, los Países Bajos, Italia y de la llamada Escuela de Viena. Pocos años después, incrementa su presencia en el pénsum de la Escuela de Medicina de la Universidad Central de Santafé de Bogotá, creada en 1826 durante la Gran Colombia, junto a las universidades centrales de Caracas y Quito, y se posiciona más claramente en la Escuela de Medicina (privada) de Antonio Vargas Reyes, en 1864.

Este médico santandereano había repetido en Francia la formación recibida en la Universidad Central, lo que le permitió apropiarse de manera presencial y muy juiciosa de los fundamentos teóricos y prácticos de la revolución médica que

4 Medicina de tradición occidental (MTO) es la expresión usada por Bynum y Bynum en su *Dictionary of Medical Biography* (2007) para referirse a la medicina que también suele llamarse científica, universitaria, oficial, de las batas blancas, etc., que tuvo su cuna en la Grecia de los siglos VI y V a. C. con la escuela hipocrática, para diferenciarla de otras medicinas que han existido, existen y existirán.



se vivía en el país de René Laënnec (1781-1826), Xavier Bichat (1771-1802) y Jean-Nicolas Corvisart (1755-1821). Esta escuela de medicina privada se incorporó a la de la Universidad Nacional de Colombia en el momento de su fundación, en 1867; su primer decano («rector», se denominaba el cargo hasta bien entrado el siglo xx) fue el propio Antonio Vargas Reyes, verdadero portaestandarte de la Escuela de París. En esta escuela o «Facultad Médica Nacional», referente para la educación médica y elemento clave en el proceso de formación del Estado nación, se institucionalizó la medicina francesa en Colombia. Desde esta posición, dicha medicina se trasladaba intermitentemente a los planes de estudios médicos que se impulsaban en ciudades

importantes de provincia, como Cartagena, Popayán o Medellín, mientras que los médicos que egresaban de la Nacional y de otros programas de formación la difundían por los hospitales y los hogares colombianos. La medicina francesa —constituida ya en una verdadera marca— irradiaba su influencia renovadora.

Entre tanto, en su país de origen no cesaban las noticias y las polémicas en torno a sus avances, sus potencialidades y sus limitaciones, las que eran seguidas por los médicos colombianos que viajaban a París, «la capital del mundo», como llamó a esta ciudad el primer historiador de la medicina colombiana, Pedro María Ibáñez, en su obra *Memorias para la historia de la medicina en Santa Fe de Bogotá* (1884). Testimonios de esas noticias y de esas polémicas parisienses se consignaban en las primeras publicaciones médicas del país: *La Lanceta* (1852), la *Gaceta Médica de Colombia* (1864) y la *Revista de Higiene de Bogotá* (1873), así como en la correspondencia que los médicos enviaban desde Francia y otros países europeos. A finales del siglo xix el reinado de esta medicina francesa en Colombia era evidente y lo explicaba Manuel Uribe Ángel, el patriarca de la medicina antioqueña en el tránsito del siglo xix al siglo xx, en los siguientes términos:

Relaciones más fáciles y frecuentes con el pueblo francés que con los demás pueblos civilizados, mayor parentesco en el idioma y, por consiguiente, mayor comodidad para la lectura de los libros de enseñanza, más intimidad en las relaciones comerciales, más proximidad en las creencias políticas y religiosas, y muchas otras razones hicieron que las semillas de los conocimientos humanos cayeran en nuestro campo como en un terreno fértil en que hallarían pronta fecundación. (Uribe Ángel, 1936 [ca. 1881], 53)



Pero la gran acogida que tenía la medicina francesa se debía también a razones profesionales, técnicas y científicas. Solo para citar algunos ejemplos: con Xavier Bichat esa medicina formuló las versiones propiamente modernas de las anatomías (general, descriptiva y patológica), fundamentadas en la observación nominalista del cuerpo y del cadáver, que sirvieron de base para el trabajo médico-quirúrgico; con René Laënnec produjo la auscultación y suministró un artefacto original para ponerla en práctica: el estetoscopio, al que el mismo Laënnec llamó el *cilindro*, como lo era en efecto; con Jean-Nicolas Corvisart, uno de los médicos de Napoleón, codificó y perfeccionó la percusión del vienés Leopold von Auenbrugger (1722-1809). Y desde la Convención, quizás la más célebre asamblea de la historia mundial, había reformado los «dantescos» hospitales de París —así los calificaba el médico Jacques René Tenon, quien

por decisión de la Asamblea Legislativa los había inspeccionado— para tratar de convertirlos, poco a poco, en sitios de recuperación de los enfermos, centros de investigación anatómica y patológica y espacios de formación de médicos y cirujanos, ligando medicina y cirugía en los estudios y en el título que debía otorgársele a los nuevos profesionales, una vez concluidos sus estudios en las escuelas, que también se habían intervenido. Ello, y mucho más aún, le había permitido a la medicina francesa posicionarse en la vanguardia de la medicina internacional, y ningún otro país le disputaría seriamente este puesto hasta comienzos del siglo xx.

El núcleo duro de esta nueva medicina lo constituía la denominada *mentalidad anatomoclínica*, fundamentada en dos disciplinas correlacionadas: la anatomía patológica y la semiología clínica, la de la auscultación y la percusión, que se adicionaron a la observación y a la anamnesis establecidas por los médicos hipocráticos. Habría que tener en cuenta algunos antecedentes no franceses como los aportes del inglés Thomas Sydenham (1624-1689) y del holandés Hermann Boerhaave (1668-1738) en la elaboración del concepto de especie morbosa y en la introducción de la clínica, es decir, la enseñanza en la cabecera del paciente, de gran impacto en la patología, la educación médica y la relación médico-paciente. Por el lado de la anatomía y la anatomía patológica no se pueden obviar los aportes de los italianos Giovanni Lancisi (1654-1720) y Giovanni Battista Morgagni (1682-1771). Pero a Francia le correspondió la joya de la corona a partir de las reformas de la Revolución de 1789 cuando se convirtió en el centro de la medicina mundial. Esa mentalidad anatomoclínica representaba, sin duda, una expresión de la *finesse d'esprit*, típicamente francesa, que tomó forma en el *sensualismo* del abad de Condillac, cuya gnoseología se situa-



ba en la línea del *empirismo* del filósofo y médico inglés John Locke (1632-1704). De la interrelación cada vez más sistemática entre semiología y anatomía patológica fue brotando el *método anatomoclínico* que aplicaban los médicos en la práctica rutinaria y en la investigación clínica y patológica, y que permitía la formulación del diagnóstico de las especies morbosas en el paciente vivo. Con la perspectiva anatomoclínica las enfermedades dejaban de ser esencias generales, cuasi-metafísicas, que encarnaban en los seres humanos para desplegarse ahora como lesiones en el cuerpo y los órganos de los pacientes y expresarse en síntomas y signos. En su conformación, este método

Marie François Xavier Bichat.

Litografía de N. E. Maurin. Wellcome Collection. CC BY.



se había nutrido del trabajo colectivo de médicos y estudiantes de medicina que recibían a los pacientes pobres en los hospitales, los seguían durante su permanencia en ellos y al morir (lo que sucedía con pasmosa frecuencia) abrían sus cadáveres para establecer las lesiones que presentaban los órganos internos y contrastarlas con los síntomas y los signos que habían quedado registrados en la historia clínica, cuya elaboración minuciosa exigía Laënnec a sus estudiantes (Miranda Canal 2003, 187-195).

Debido a la enorme cantidad de autopsias que se practicaban en los hospitales —y también por fuera de la institucionalidad—, los historiadores de la medicina Pierre Huard y Marie-José

Rene Theophile Hyacinthe Laennec,

médico francés del Hospital Necker de París e inventor del estetoscopio. Wellcome Collection. CC BY.



Imbault-Huard llamaron al París del siglo XIX la «capital mundial del cadáver» (1974, 49). Por razones obvias, a la mentalidad anatomoclínica se le rotuló también como *medicina hospitalaria*, ya que esta institución reformada por la Revolución fue el espacio físico y epistemológico de su constitución. Este es, succinctamente, el fundamento histórico y tecnocientífico de lo que se llamaba medicina francesa durante el siglo XIX y una buena parte del XX, que se rememora de manera insistente en la historia de la medicina internacional y nacional y a la que alude Efraim Otero en su historia de los setenta años del Instituto Nacional de Cancerología. Es claro que este fundamento no agota

Jean-Nicolas, Corvisart.

Litografía de C. Bazin después de F. P. S. Gérard.

Wellcome Collection. CC BY.

A la mentalidad anatomoclínica se le rotuló también como *medicina hospitalaria*, ya que esta institución fue el espacio físico y epistemológico de su constitución.

toda la riqueza multiforme de esa medicina que, vista desde la posteridad, también tenía sus limitaciones, las cuales fueron señaladas y criticadas, como se verá más adelante, por los mismos médicos franceses, así como por los de otras nacionalidades, incluidos los norteamericanos.

EL NACIMIENTO DE LA CLÍNICA

Hay que hacer hincapié en un rasgo de esta medicina francesa que tuvo mucho peso en su difusión entre los profesionales de todos los países y que perduró en el imaginario profesional y social durante largo tiempo. Este rasgo es el de la gran primacía que se le otorgaba a la *mirada clínica* en la práctica médica, cuyos primeros pasos en los hospitales de París rastreó Michel Foucault en su ya clásico libro *El nacimiento de la clínica*, publicado por primera vez en francés en 1963. Esta primacía entre los profesionales que lograban integrarla en su formación y en el trabajo de todos los días imprimía carácter, generaba algo así como una segunda idiosincrasia que calaba a fondo y que se ex-



Le Courage héroïque du jeune Désilles
le 31 août 1790, à l'affaire de Nancy.
Óleo sobre lienzo, Jean-Jacques-Francois Le Barbier, 1794.

Antes de las reformas parisienses, la clínica era simplemente la práctica de la medicina «a la cabecera del paciente».

presaba incluso en la gestualidad y hasta en la manera de vestirse, lo que solía estar adobado con una cierta cultura general que superaba los límites de la enciclopedia médica. La literatura de ficción que tiene la figura del médico como protagonista muestra de manera fehaciente este carácter y esta idiosincrasia, como puede verse en el caso del doctor Juvenal Urbino, en el *Amor en los tiempos del cólera*, de Gabriel García Márquez, para no hablar de los médicos de Flaubert o de Balzac, entre otros muchos escritores. Jorge Bejarano, uno de los médicos más importantes del país hacia mediados del siglo xx, con estudios de pediatría e higiene en Francia, país por el que sentía una verdadera devoción que no le impedía valorar los desarrollos de la medicina de los Estados Unidos, reveló esa idiosincrasia en una semblanza que hizo del doctor José María Lombana Barreneche, quien, paradójicamente, nunca estuvo en Francia: «parecía una estampa arrancada al pequeño anfiteatro de la escuela de París. Lo fue en lo físico como en lo espiritual. Platón y Trouseau eran sus manuales favoritos y el viejo y sagaz clínico, estaba también doblado del filósofo, a la manera de los grandes clínicos franceses» (Bejarano 1944, 330). Tales características permiten pensar que esa medicina y los médicos que la trajeron al país eran portadores, también, de influencias culturales, filosóficas, estéticas y hasta de modas.

Antes de las reformas parisienses, la clínica centraba sus esfuerzos en identificar las especies morbosas de Sydenham, que no eran otra cosa que el conjunto de síntomas patognomónicos o específicos de cada enfermedad o «cuadro clínico». Por eso en la Inglaterra de Sydenham se llamó «clínica» al lugar del hospital donde se ubicaban los pacientes que presentaban cuadros clínicos típicos y ejemplares que eran aptos para la formación de los nuevos médicos, lo que se hacía «en la cabecera del paciente». Socialmente, la práctica clínica se ejercía de manera diferencial, pues los miembros de las clases acomodadas pasaban la enfermedad en sus casas y allí acudía el médico, llamado *de familia*, para tratarlos; los más pobres, identificados como *po-bres de solemnidad*, se refugiaban en el hospital, que antes de la Revolución era un institución similar a un hospicio, es decir, un espacio de caridad donde aliviar el cuerpo y el ánimo enfermos y donde esperar la muerte.⁵ Una vez fallecido el paciente, su cuerpo servía para el avance de la medicina. En la interacción con el paciente, el médico escuchaba sus síntomas y sus quejas, observaba sus *facies* y construía mentalmente algunos signos (la diferencia entre síntomas y signos no estaba aún bien establecida) mientras recordaba lo leído en los grandes maestros de la medicina occidental, desde los Tratados Hipocráticos, los aportes de

5 El historiador David Cantor, del Department of Health and Human Services (National Institutes of Health, Estados Unidos), deja entrever que en el caso del cáncer este esquema discriminativo se mantuvo hasta ya entrado el siglo xx, debido a la complejidad y la elevada letalidad de esta enfermedad, así como a las limitaciones diagnósticas y terapéuticas de que disponía la medicina. Según Cantor (2004), de esta situación habría surgido «una medicina doméstica alternativa» para el cáncer. Esta medicina alternativa debió de contener también elementos aportados por los médicos formados en las universidades.

Thomas Sydenham y Herman Boerhaave (1668-1738), etc., hasta las obras de las celebridades francesas y europeas del momento; le tomaba el pulso y percibía la temperatura corporal sin imaginar siquiera que ella era cuantificable; lo interrogaba sobre su estilo de vida; recomendaba un tratamiento y daba unas indicaciones de comportamiento y cuidado en el marco del humorismo y la teoría miasmática que sobrevivían y que tenían muy en cuenta la acción del entorno y del clima en la enfermedad. Cumplido este trámite, arriesgaba un diagnóstico, asunto que de todas maneras implicaba procedimientos y razonamientos complejos que la historia de la medicina ha registrado. Atravesando esta situación, asimilándola y superándola se fue constituyendo, desde finales del siglo XVIII, la clínica de la anatomoclínica propiamente dicha, algo cualitativamente diferente, un verdadero salto dialéctico basado en la humilde y controlada utilización de los sentidos (vista, oído, tacto, olfato y hasta gusto). Aquí vale la pena dejar la palabra a Michel Foucault:

La clínica, invocada sin cesar por su empirismo, la modestia de su atención y el cuidado con el cual deja venir silenciosamente las cosas bajo la mirada, sin turbarlas con ningún discurso, debe su importancia real al hecho de que es una reorganización en profundidad no sólo del discurso médico sino de la posibilidad misma de un lenguaje sobre la enfermedad. La contención del discurso clínico [...] indica, en

Examen médico, ca. 1913.
ilustración escaneada del libro *Welt
im Umbruch. 1900-1914*. Verlag das
Beste: Stuttgart, Zürich, Viena. 1999.
Autor desconocido.





Claude Bernard realizando un experimento.
Desde un fotograbado de la imagen de 1889
de Leon L'Hermite en la Sorbona. Wellcome
Collection. CC BY.



secreto, esta reserva inagotable a partir de la cual ella puede hablar: la estructura común que corta y articula lo que ve y lo que dice. (1980, 14-15)

La mirada del médico, a veces únicamente la mirada, permitía de un solo golpe enunciar un diagnóstico. Era el «ojo clínico», el *coup d'oeil* de los franceses, que todavía en la segunda mitad del siglo xx impresionaba a los estudiantes de medicina cuando veían a alguno de esos viejos maestros afrancesados ponerlo en acción o, por lo menos, intentarlo en las revistas matutinas o vespertinas con los pacientes en el hospital. Pero lo que se deriva del análisis extenso de Foucault en el libro citado es que en el trasfondo de esta pericia clínica estaba imponiéndose una nueva actitud mental e intelectual, ética y técnica para descifrar la enfermedad, localizarla y distribuirla en el cuerpo del paciente, relacionarla con síntomas y signos que permitían entenderla y enfrentarla. Se estaba gestando una verdadera «ruptura epistemológica», para decirlo en términos de Gaston Bachelard.

SURGEN ALTERNATIVAS FRENTE A LA MEDICINA ANATOMOCLÍNICA

La medicina hospitalaria avanzaba, se sometía a la prueba de la práctica y a la crítica teórica y epistemológica, lo que permitía ver sus limitaciones. Aquello que se creía una verdad definitiva mostraba fisuras y por la fuerza de otras ideas y otras prácticas que surgían en la misma Francia, y también en otros países, aparecían alternativas frente a esa medicina.⁶ Desde mediados del siglo xix la hegemonía de la mentalidad anatomoclínica empezó a tambalear al verse cercada por otras versiones médicas que

⁶ El médico historiador croata-francés de la medicina Mirko D. Gmerk escribió en el prefacio del libro *La vérité médicale*, de la filósofa Louise Lambrichs: «La aporía de la medicina científica está en pretender, paradójicamente, que ella tiene en cada momento histórico los conocimientos definitivos» (1993, 10).

la consideraban insuficiente y limitada, o «miope», como la calificó Abraham Flexner, quien estudió la educación médica norteamericana comenzando el siglo xx y dio las bases para las reformas que la llevaron a la vanguardia de la medicina mundial, a partir de su Informe de 1910.⁷

Lo cierto es que en la misma Francia, desde mediados del siglo XIX, estaban surgiendo miradas y concepciones alternativas que anunciaban otra variante médica, la *medicina de laboratorio* (Lichtenthaeler, 1978). Esta medicina contendría en su seno dos nuevas mentalidades médicas: la fisiopatológica y la etiopatológica. En su formulación fueron decisivos dos franceses. Para el caso de la fisiopatología, el médico Claude Bernard (1813-1878), quien en 1865 publicó su *Introducción al estudio de la medicina experimental*, un libro que partió las aguas. Para la etiopatología, Louis Pasteur (1822-1895), quien había encontrado el camino de las ciencias físicas y químicas en la Escuela Normal Superior de París y las utilizó para abordar problemas de la industria, la veterinaria y la medicina. Un resultado emblemático para este último campo (hubo otros más) fue su ponencia «La teoría de los gérmenes y sus aplicaciones en la medicina y la cirugía», que presentó en 1878 en la Academia de Ciencias de París, sustentada en un riguroso trabajo experimental de laboratorio. En la constitución de esas dos mentalidades hubo —claro está— aportes de científicos y médicos de otros países europeos, especialmente de Alemania.

Basta pensar en quienes protagonizaron el paso de la *Naturphilosophie* (filosofía de la naturaleza) a la *Naturwissens-*



7 Este informe se denominó *Medical Education in the United States and Canada. A report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*.



Simmelweis-Defender of Motherhood.

Robert Alan Thom. U.S. National
Library of Medicine.

chaft (ciencia de la naturaleza), decisivo en la definición de la fisiología moderna con científicos de la talla de Johannes Peter Müller (1801-1858), Carl Ludwig (1816-1895), Hermann von Helmholtz (1821-1894) o Ernst Wilhelm von Brücke (1819-1892) (Canguilem 1975, 248-255); o pensar también en Robert Koch (1843-1910), que hizo un aporte de primer orden a la microbiología y la bacteriología con los llamados *postulados de Koch* y la identificación de no pocos agentes infecciosos, lo que sumado a lo obtenido por Pasteur, transformaron la cirugía,⁸ la medicina y la higiene pública y confirmaron las proféticas y dramáticas afirmaciones de Ignaz Semmelweis (1818-1865) sobre la fiebre puerperal en las parturientas; con Semmelweis se abrió el universo de la asepsia y la antisepsia, cincuenta años antes de Pasteur. Sin olvidar a Rudolf Virchow (1821-1902), quien llevó la visión anatomopatológica al nivel celular, con su *Cellulopathologie*, al poner el cáncer en la mira de sus intereses como médico e investigador, hasta el punto de ser considerado el pionero de los trabajos sobre la leucemia y algunos otros tipos de cáncer (Mukherjee 2012, 34). Por su parte, Claude Bernard fue el temprano portavoz de la medicina de laboratorio, muy autorizado para serlo por sus investigaciones experimentales que tuvieron un impacto directo en medicina, como lo ejemplifica el descubrimiento de la función glucogénica del hígado y la relación de esta con la diabetes, entre otros más. De su trabajo en el laboratorio y de las reflexiones que este le suscitaba, brotó lo que François Magendie (1783-1855), su maestro, había rotulado como *medicina experimental* que, en esencia, es la misma medicina de laboratorio. Con toda claridad, Bernard afirmaba:

8 Con la llamada «triple A»: asepsia, analgesia y anestesia.



[...] yo considero el hospital solamente como el vestíbulo de la medicina científica; es el primer campo de observación en el cual debe entrar el médico, pero el verdadero santuario de la ciencia médica es el laboratorio; es allí *únicamente* en donde *él* busca las explicaciones de la vida en el estado normal y patológico por medio del análisis experimental. (Bernard, 1966 [1865], 206)

Rudolf Ludwig Karl Virchow.

Fotografía: J. C. Schaarwächter, 1891.

Wellcome Collection. CC BY.

INTENSAS POLÉMICAS MÉDICAS

El debate entre los partidarios de estas dos nuevas mentalidades y los abanderados de la anatomoclínica (es decir, entre los practicantes de la medicina de laboratorio y los de la hospitalaria) fue intenso y condujo, finalmente, a la integración de las tres mentalidades hasta formar las tres caras —valga este símil— de una misma moneda, ya bien entrado el siglo xx.⁹ Los primeros acusaban a los segundos de haberse quedado en un empirismo primario y de no atenerse a los verdaderos «hechos» derivados de una observación rigurosa o del trabajo experimental de laboratorio; en fin, los acusaban de no ser lo suficientemente positivistas en la línea de Auguste Comte (1798-1857), que ya a mediados del siglo xix ejercía su magisterio en la ciencia moderna y cuyos escritos eran leídos y anotados con gran interés por Claude Bernard. También les reprochaban que solo veían la lesión anatómica, es decir, la fase terminal de la enfermedad y que pasaban por alto la patogenia y las causalidades que estaban en el origen de las distintas enfermedades. Desde la anatomoclínica, tanto Laënnec como Bichat habían afirmado que las causas de las enfermedades eran inalcanzables para la medicina.

Los dos grupos enfrentados divergían también en los conceptos de enfermedad. Para los partidarios de la medicina hospitalaria, la enfermedad era un tema de la anatomía, una alteración en la estructura y la forma de los distintos órganos o partes del cuerpo, cuyo centro era la lesión. Para algunos historiadores

⁹ Los textos de patología del siglo xx (caso Robbins) ilustran esta integración, pues presentan para cada enfermedad, sucesivamente, los aspectos anatómicos, los fisiológicos y los etiológicos.



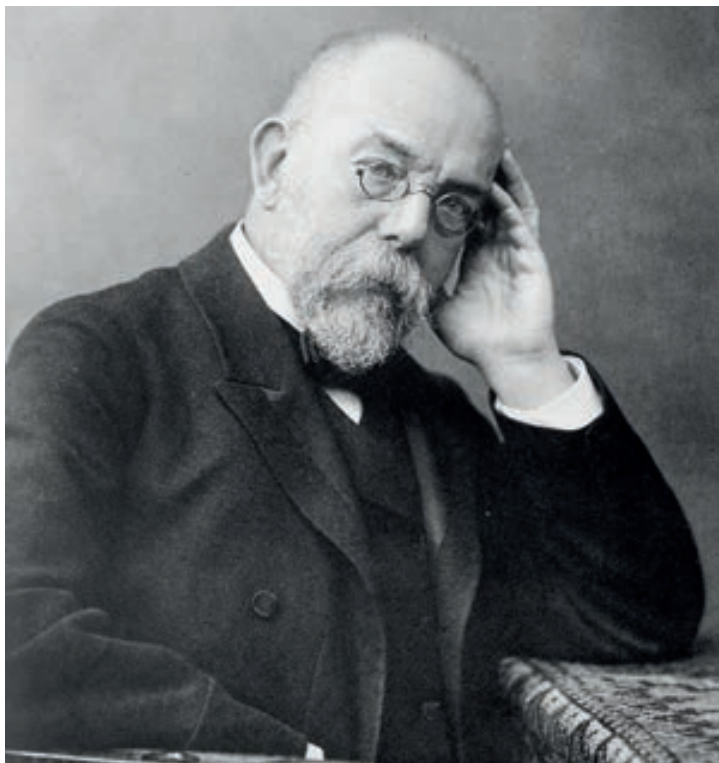
Al activar el método anatomoclínico,
el médico proponía un diagnóstico
en vida del enfermo que la autopsia
podría comprobar o improbar.

Retrato de Claude Bernard (1813-1878).
Wellcome Collection. CC BY.

de la medicina esta perspectiva significó «un giro copernicano» en la patología, pues la lesión se convirtió en el sol que irradiaba los síntomas y signos que recogía la semiología (Laín Entralgo 1982). Al activar el método anatomoclínico, el médico proponía un diagnóstico en vida del enfermo que la autopsia podría comprobar o improbar. Los partidarios de la fisiopatología, aun reconociendo la importancia de la anatomía, alegaban que sus rivales de la medicina hospitalaria dejaban de lado el aspecto funcional y dinámico de la vida y la enfermedad, lo que les impedía captar y entender la patogenia, es decir, la génesis y el desarrollo de las distintas patologías para lo cual era indispensable el laboratorio. Si se avanzaba por la vía de la experimentación y el laboratorio, la medicina podría establecer procesos e intervenir la enfermedad en sus momentos iniciales, no dejarla avanzar hacia una salida letal cercana e incluso apostarle a la curación.

Charles Lichtenthaler (1978, 140 y ss.) resumió en algunos puntos lo que se podría llamar el programa de constitución de la fisiología y la fisiopatología en el siglo XIX: la fisiología y la medicina no han adquirido aún el estatus de ciencias; por el contrario, la física y la química sí lo han hecho; la física y la química deben ser el modelo y el apoyo básico para la fisiología, que tiene que reelaborarse desde sus fundamentos; no obstante esta relación, la fisiología debe ser una ciencia diferente de la física y la química, y, finalmente, la patología no es otra cosa que fisiología en condiciones de anormalidad. Una vez conformadas como ciencias, la fisiología y la fisiopatología permitirían entender el proceso dinámico de salud-enfermedad como lo que es: una alteración en el recambio energético-material del organismo que se cumple en los marcos de un «medio interno», otro concepto clave de Bernard que se convierte en la medicina norteamericana, con Walter B. Cannon (1871-1945), en el de homeostasis.

Robert Koch.
Fotografado a partir de una fotografía de
Wilhelm Fechner, ca. 1900.



Quedaba pendiente la problemática de las causas de las enfermedades, cuya respuesta provino de la etiopatología, de la mano de Louis Pasteur, Robert Koch y otros científicos y médicos experimentales y de laboratorio. También en el seno de la medicina de laboratorio surgieron divergencias entre fisiopatólogos y etiopatólogos. Por ejemplo, Edwin Klebs (1834-1913), radical etiopatólogo, afirmaba que donde no había infección tampoco habría, en rigor, enfermedad; y el propio Bernard decía

que lo que permitía atribuir a un microorganismo dado la causa de una enfermedad determinada era la ignorancia que existía en la medicina sobre los mecanismos que regían la fisiología y la fisiopatología de esa enfermedad; una vez superado este desconocimiento el agente perdería su importancia. De todas formas, los rápidos y contundentes avances de la bacteriología, la toxicología, la biofísica, la bioquímica y otras disciplinas fueron reformulando con éxito la visión que señalaba que las enfermedades tenían que ver, y de manera primigenia, con un agente vivo (bacteria, virus, parásito, etc.) o un agente físico o químico (radiación, sustancia tóxica, veneno, etc.) que entraba en el organismo y lo alteraba. Todas estas discusiones y novedades —y no solo las de la anatomoclínica, que ya empezaba a dejar de ser una ortodoxia— también hicieron parte del aprendizaje de los médicos colombianos que pasaron por París y otras ciudades francesas y europeas por la época del cambio del siglo XIX al XX, en la que se ubican los antecedentes de la fundación del Instituto Nacional de Radium y del surgimiento de la oncología moderna.

LA MEDICINA DE LABORATORIO LLEGA A COLOMBIA

La medicina de laboratorio llegó relativamente pronto al país, por lo menos para el caso del componente etiopatológico, como lo indican algunos datos sueltos. Por los años ochenta del siglo XIX en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional se introdujeron el microscopio (cuyo empleo rechazaban Laënnec y Bichat) y el análisis químico en la anatomía general y en la patológica, al tiempo que se reforzaban las materias de histología



Retrato de Liborio Zerda,
1919, autor desconocido.



Federico Lleras Acosta. Fotografía: ACH-UNAL-SB-
colección fotográfica.

y micrografía con prácticas obligatorias para los estudiantes. Hacia 1890, el rector de dicha facultad, Liborio Zerda, informaba que habían llegado procedentes «de Francia 33 bultos de instrumentos y objetos para el laboratorio de química y el gabinete de histología» (Miranda Canal 2013, 248 y 249). Un hecho importante para la entronización de la medicina de laboratorio en el país fue la llegada, en 1884, del veterinario francés Claude Vericel, graduado en la Escuela Veterinaria de Lyon, contratado para crear una escuela de formación profesional en este campo y adscrita a la Escuela de Medicina. En ella se formó como veterinario Federico Lleras Acosta, quien hizo aportes importantes a la medicina, en especial al campo de la lepra, los cuales le dieron proyección internacional y junto a otras investigaciones lo ratifican como el primero de los bacteriólogos en Colombia. Además de su gestión en veterinaria, Vericel se convirtió en un calificado profesor de bacteriología en la Facultad de Medicina, así como en difusor de la etiopatología. Según la historiadora Diana Obregón Torres, ya en «la década de los años veinte [del siglo xx] la bacteriología se había convertido en un instrumento rutinario de apoyo a la clínica». El entusiasmo que despertaba la bacteriología era grande, como lo expresaba el profesor de anatomía Gabriel Castañeda, incondicional partidario y practicante de esa disciplina, cuando afirmaba que «probablemente todas las enfermedades que no fueran “vicios de conformación” o “mutilaciones y detenciones del desarrollo” llegarían a contarse entre las enfermedades microbianas» (Obregón Torres 2017, 18-54).

En la temprana consolidación de la medicina de laboratorio, es obligado recordar a Roberto Franco, con estudios en el Instituto Pasteur de París y una pasantía en la London School of Tropical Medicine. Ya de regreso en Colombia se destacó internacionalmente, junto con otros médicos, en las investigaciones sobre la anemia tropical y la fiebre amarilla selvática en los primeros decenios del siglo xx (Quevedo et al., 2018). Franco convenció al filántropo Santiago Samper para que dotase un laboratorio en el Hospital San Juan de Dios, el cual devino en 1917 en el primer laboratorio médico efectivo, el Laboratorio Samper-Martínez, manejado por los médicos Bernardo Samper Sordo y Jorge Martínez Santamaría.

La introducción de la fisiopatología fue más lenta, entre otras razones porque su práctica exigía una infraestructura de laboratorio más costosa y de mayor compleji-



dad que la que requería la bacteriología, además de unos requisitos en formación científica que el sistema educativo del país no estaba en capacidad de suministrar en esos años. De todas maneras, los pasos iniciales de la fisiopatología en Francia se conocieron pronto en Colombia, con la velocidad que las comunicaciones de entonces lo permitían, y se registraron en la *Gaceta Médica de Colombia* (1864) y en los *Anales de la Universidad* (1868), donde se publicaron varios artículos de Claude Bernard, celebrados y comentados por el gremio médico. Ya en 1897, Pablo García Medina, quien fue el orientador de la salud pública en Colombia durante varios decenios, reivindicaba el experimentalismo en un escrito titulado «El método experimental aplicado a la clínica», en la *Revista Médica de Bogotá*. Afirmaba que aun cuando la observación era un momento

El médico francés, Claude Vericel, examina una yegua.
Fotografía: ACH-UNAL-SB-colección fotográfica.



inicial de la ciencia, el verdadero conocimiento científico se adquiriría mediante la experimentación, y que para ponerlo en práctica en el ámbito de la medicina se requería conocer el «mecanismo de desarrollo» de las enfermedades, es decir, la fisiología y la fisiopatología. Planteaba que el gran mérito de Claude Bernard «fue haber establecido, con la teoría y el ejemplo, el criterio experimental que debe presidir a las verdaderas aplicaciones de la fisiología a la medicina» (García Medina, 1897, 217 y ss). Estas aspiraciones experimentales y de laboratorio de Medina y otros médicos nacionales fueron más lentamente en su concreción dentro de la realidad de la medicina colombiana, que las que se relacionaban con la bacteriología (Miranda Canal 1993, 95-102). A la difusión de las concepciones fisiopatológicas en los primeros decenios del siglo xx con-

Laboratorio Samper Martínez.
Fotografía: Archivo INC.

tribuyó Alfonso Esguerra, figura clave y polémica en la fundación del Instituto Nacional de Radium y en el asentamiento de las bases de la cancerología en Colombia.

Pero, como era de esperar, también durante estos años de comienzos del siglo xx hubo en Colombia reacciones adversas a la medicina de laboratorio, como la del profesor Luis Renán, de Medellín, que se expresaba en los siguientes términos:

[...] se explica uno la vacilación de los médicos en seguir a la medicina por la vía por donde quieren meterla los biólogos. Por esto la gran mayoría de los médicos ya no sabe nada de medicina. Estupefactos leen los informes dados a las sociedades sabias en que solo se trata de antígenos, anticuerpos, alexinas, sensibilizadores, reacciones de fijación, etc. No se habla ya de clínica. El enfermo desaparece en presencia de la enfermedad, afección impersonal, *única* base de las concepciones biológicas. (1910, 50 y ss.)

Estas discusiones, que solían conducir a la polémica entre medicina francesa y medicina norteamericana, fueron numerosas y se prolongaron durante varios decenios, con momentos álgidos y otros de reflujo en los que se morigeraban los ánimos de los participantes.

LA MEDICINA NORTEAMERICANA

La integración de las tres mentalidades, o de las dos medicinas reseñadas, fue sellada en los Estados Unidos de América en un proceso crítico y creativo de apropiación y transformación de lo que llegaba de Francia y de otros países europeos como

Instituto Rockefeller para la Investigación Médica, 1912.

Autor desconocido. Publicada en «Popular Science Monthly», volumen 80, página 412.



Alemania.¹⁰ Si fuera preciso delimitar este proceso cronológicamente, como es usual en la historiografía, podría decirse que en lo fundamental abarcó el tiempo comprendido entre las dos guerras mundiales del siglo xx. El resultado fue otra «medicina triunfante», como lo había sido la anatomoclínica francesa, que se apropió y desarrolló los saberes científicos revolucionarios (en química, física, matemáticas y biología) y las tecnologías de punta que florecieron en el tránsito del siglo xix al xx, a los que se sumaron los emanados de la Segunda Guerra Mundial, más todo lo nuevo que podría servir a la medicina.¹¹ La idea rectora de la nueva medicina norteamericana era la de apoyarse de manera sólida en las ciencias, incluso, convertirse en una ciencia. Por ello también incorporó las metodologías y las epistemologías de las «ciencias duras», en permanente desarrollo, y se dotó de lo que la sociología ha llamado un *ethos científico*, es decir, unas actitudes, unos valores y unos hábitos individuales

y sociales adecuados para el ejercicio de las profesiones y la investigación científica cuyo origen, como lo ha propuesto Max Weber (2014), está en la ética protestante, en particular en su versión calvinista que en las colonias inglesas del norte de América encontró un nicho propicio.

Elemento central en la gestación y el desarrollo de la medicina norteamericana fue la reforma de la enseñanza médica, que se generó a partir del estudio de Abraham Flexner sobre las escuelas médicas de Estados Unidos y Canadá, publicado en 1910. Con base en los resultados de este estudio, en los Estados Unidos se cerró un buen número de escuelas de las muchas que había¹² y para el funcionamiento de las que sobrevivieron se establecieron parámetros claros y coherentes, además de unificados para todo el país, que incluían requisitos para el ingreso de los nuevos estudiantes, programas de estudios acorde con el nivel de la medicina de vanguardia, cargas académicas específicas, pruebas y requisitos para la obtención del diploma, generalización del profesorado de tiempo completo con responsabilidades bien definidas, flexibilidad en la organización del pénsum personal y horas de estudio para los estudiantes (trabajo en la biblioteca, en el hospital y, claro, en el laboratorio), manejo de un idioma diferente al inglés, cursos de humanidades, etc.

10 Flexner, el reformador, admiraba la medicina y el sistema universitario de Alemania, país que visitó durante largas temporadas; fue precisamente en Heidelberg donde escribió su primer libro sobre el tema universitario, en 1907, *The American College*. Y en 1930 publicó en los Estados Unidos otro libro titulado *Universities, American, English, German* (Patiño Restrepo 2014 [1999], 122-123).

11 El médico suizo Henry Sigerist, filólogo y destacado historiador de la medicina, quien arribó a los Estados Unidos en 1932 para dirigir el Instituto de Historia de la Medicina de John Hopkins University, uno de los puntales de la renovación de la medicina de ese país, escribió en 1939: «Lo que me ha atraído [...] es el dinamismo norteamericano y su audaz espíritu experimental, tan profundamente diverso de la autosatisfacción y el sentimiento fosilizado de superioridad tan corriente en Europa» (Sigerist 2007, 239).

12 De cerca de 160 facultades de medicina que existían en 1910 en Norteamérica, quedaban 77 en 1938, que cumplían los estándares flexnerianos (Moll 1938, 197). Aristides Moll, redactor científico de la Organización Sanitaria Panamericana fue activo difusor de la medicina norteamericana en América Latina, y específicamente en Colombia. Escribía frecuentemente en la Revista de la Facultad de Medicina de la Nacional y en otras publicaciones y participaba en eventos y en instancias oficiales y oficiosas de salud y medicina.

Podría decirse que la consigna para transformar la medicina norteamericana era la de comenzar por la educación, reemplazando también los métodos pedagógicos y didácticos de la vieja Europa —autoritarios, rígidos y que privilegiaban el poder de los grandes maestros— por unos más remozados, donde el estudiante gozara de mayor autonomía e iniciativa en medio de una disciplina racional que estimulara la creatividad. Detrás de esta decisiva transformación estaba la gran tradición filosófica y pedagógica del pragmatismo norteamericano de Charles Sanders Peirce, William James y John Dewey (Collins 2005 [1998], 678-687).

Para plantearlo en otros términos, lo que surge de todo este proceso de reforma de la medicina de los Estados Unidos es un nuevo paradigma médico,¹³ el de la *biomedicina*, que critica y desplaza dialécticamente el paradigma anatomoclínico para integrarlo dentro de sus marcos comprensivos. Este cambio recubre la ya canónica denominación del proceso de paso de una medicina de impronta francesa a otra de impronta norteamericana, que es cierta en los moldes de los Estados nacionales, los nacionalismos y los episodios de la geopolítica, pero que puede velar el contenido específicamente médico, científico y epistemológico de este proceso.

13 El discutido término de *paradigma* de Thomas Kuhn se asume aquí en la versión de Pascal Nouvel, como un conjunto de teorías, conocimientos y técnicas «que comparte un grupo de investigadores [o profesionales] que trabajan sobre el mismo objeto en un momento [histórico] dado» y que se transmite a través de la educación a los nuevos miembros de ese grupo, los que aprenden a resolver los problemas prácticos y teóricos que enfrentan dentro de los marcos establecidos por el paradigma (Nouvel 1999, 718).

LOS PIVOTES DEL TRIUNFO Y LA DIFUSIÓN DE LA MEDICINA NORTEAMERICANA

Como ha sucedido siempre en la historia de la medicina, sus logros no se han dado en el aire, por fuera del contexto social y contando solo con sus propias fuerzas derivadas de la calidad de sus conocimientos, los que, naturalmente, tienen un peso muy importante.¹⁴ La conformación y difusión de las doctrinas y los avances médicos, a lo largo del tiempo y del espacio, se cumplen en medio de determinadas condiciones económicas, sociales, políticas y culturales que tienen en ello un peso específico. Incluso, como lo han demostrado los estudios sociales de ciencia y tecnología, esas condiciones pueden llegar a influir de manera significativa en los contenidos de estos dos tipos de conocimiento, así como moldear la manera de expresar y aplicar esos contenidos. Por lo cual es legítimo hablar, como lo hacen algunos historiadores y sociólogos, de medicina francesa, medicina norteamericana, medicina del Barroco o medicina de la Ilustración, por ejemplo.

El posicionamiento de la medicina norteamericana en la vanguardia médica internacional no puede explicarse sin tener en cuenta que se dio en el marco de dos guerras mundiales cuyos resultados favorecieron a los Estados Unidos en detrimento de la centralidad que habían mantenido los países europeos, especialmente Inglaterra y Francia, desde el comienzo de la llamada

14 «La medicina no es un parto de la inteligencia humana, sino la hija del tiempo» (*Medicina non ingenii humani partus, sed tempora filia*), sentenció Giorgio Baglivi, médico italiano del siglo XVII (1658-1703), de orientación iatromecánica, autor del tratado *De praxis medica*.



época moderna.¹⁵ Para fortalecerse geopolíticamente, además de recurrir a la política y la diplomacia en todas sus variantes, la nueva potencia se dotó de un costoso y enorme desarrollo científico y tecnológico que le permitió robustecerse como nación y acrecentar su preponderancia mundial, la que incluyó muy

pronto a América Latina por razones de vecindad, recursos naturales y economía. Un proceso histórico que, obviamente, no obedeció a una especie de conspiración maquiavélica de las élites norteamericanas, aunque en el implacable juego político y geopolítico siempre hay algo de maquiavelismo. En este camino hacia la hegemonía mundial, la nueva potencia necesitaba también una medicina con capacidad para enfrentar los problemas de salud de su población y para velar por la salud de sus nacionales, que se desplazaban a países con perfiles epidemiológicos y condiciones naturales diferentes a las del hemisferio norte. Estos países constituían un reservorio de materias pri-

15 Durante el siglo xvii y parte del xviii las Provincias Unidas fueron centrales en el seno de Europa y la economía-mundo (Fernad Braudel), lo cual se expresó en el desarrollo de su medicina con la escuela de Leyden y figuras de la talla del neerlandés Hermann Boerhaave.



Antigua Facultad de Medicina

de la Universidad Nacional. Plaza de los Mártires. Fotografía:
Felipe Restrepo Acosta. Creative Commons License.

mas y alimentos necesarios para los Estados Unidos. Estudiar esta diversidad era una necesidad que, a su vez, podía fortalecer y acreditar su ciencia en el contexto del poder mundial.

Al mismo tiempo, esta medicina también serviría para proteger la mano de obra de los países periféricos de las enfermedades endémicas y epidémicas que amenazaban la producción, la productividad y las tasas de ganancia de las empresas allí instaladas, y que podían, además, afectar los intercambios comerciales y humanos recíprocos. No hay que olvidar que los años de consolidación y expansión de la medicina norteamericana fueron los mismos del florecimiento de las llamadas *economías de enclave* en Suramérica y América Central y del Caribe. En este contexto, el avance de la higiene pública y la educación médica en los países «aliados» adquiriría, igualmente, un sentido estratégico que encontraba en la filantropía su carta de presentación y de legitimación. Y, de todas maneras, potenciar su medicina sobre la base de la investigación de las patologías de los países periféricos y trasladar los resultados de esta investigación a los «centros de cálculo»¹⁶ de los Estados



Estetoscopio de Laennec, ca. 1820. Fabricado en madera y latón, es uno de los estetoscopios originales del médico francés René Theophile Laennec, quien ideó el primero en 1816. Consiste en un solo tubo hueco. Science Museum London / Science and Society Picture Library.

16 Así denomina el sociólogo de las ciencias, Bruno Latour, a las instituciones que en los países centrales dirigen la recolección de información técnica y científica proveniente de los países periféricos, la acumulan y la procesan para después aplicarla (Latour 1992, pp. 21 y ss.). Se patenta y se privatiza y luego se vende a los países de origen, lo que se expresa en un tema álgido y de gran actualidad, el de la propiedad intelectual. La medicina lo vive en carne propia.

El avance de la higiene pública y la educación médica en los países «aliados» adquiriría un sentido estratégico que encontraba en la filantropía su carta de presentación y de legitimación.

Unidos constituía una ganancia neta para el país del norte y, de paso, para la medicina mundial. El mismo patriarca de la medicina antioqueña que había señalado hacia 1881 las razones por las cuales la medicina francesa había arraigado en Colombia, también entrevió la llegada al país de otra medicina con marca nacional, «la escuela médica norteamericana, que tan alto y distinguido puesto va consiguiendo en el campo del saber» (Uribe Ángel, 1936, 53).

En su expansión hacia Latinoamérica, esta medicina de «tan alto y distinguido puesto» dispuso de dos pivotes poderosos y adecuados: el primero, las organizaciones médicas y sanitarias continentales, en las cuales los Estados Unidos ejercían una ascendencia preponderante. Su versión inicial fue la Organización Sanitaria Internacional, creada en 1902 y que en 1923 se llamó Oficina Sanitaria Panamericana. En 1947 cambió su nombre por el de Organización Sanitaria Panamericana y en 1958 se empezó a llamar Organización Panamericana de la Salud (OPS). Marcos Cueto, historiador peruano de la medicina, ha afirmado que tal organización «funcionó hasta el comienzo de los años treinta [del siglo xx] con un personal reducido, siendo virtualmente una rama del Servicio de Salud Pública de los EE. UU.» (1996, 179). Para legitimar su hegemonía en el ámbito panamericano se impuso a los países miembros el Código Sanitario Internacional, que se firmó en 1920 y se ratificó en 1924.

El segundo pivote estuvo integrado por las fundaciones filantrópicas privadas (Fundación Rockefeller, en primer lugar) casi fundidas con el Estado norteamericano, cuyos patrocinadores tenían intereses en la explotación de algunos recursos naturales que abundaban en los países periféricos; tal fue el caso de la familia Rockefeller en





René Théophile Hyacinthe Laënnec auscultando a un paciente en el Hospital Necker, París, 1816. Heliogravado sobre una pintura de T. Chartran. Wellcome Collection. CC BY.

relación con el petróleo.¹⁷ Dentro de esta alianza de las fundaciones privadas y las organizaciones sanitarias continentales con el Estado norteamericano, surgieron las Conferencias Sanitarias Panamericanas, que reunían a los países del subcontinente bajo el comando de los Estados Unidos. Se convocaban de tanto en tanto para analizar las problemáticas de salud (enfermedades, higiene y salud pública, educación médica y en otras profesiones de la salud, etc.) y tomaban decisiones, no siempre democráticas, en el contexto de lo que se llamó Cooperación Internacional en Salud entre los Estados Americanos.

El marco ideológico-político de esta cooperación fue el *panamericanismo*, que también animaba la «cooperación» en economía y geopolítica, cuya base de gestación y difusión estaba, igualmente, en poder del Estado del norte. Con motivo del ascenso del nazismo y la amenaza que significaban los países llamados socialistas, con la Unión Soviética a la cabeza, en el panamericanismo fueron ganando espacio los contenidos de defensa y seguridad continental en la línea de los Estados Unidos. La medicina, pues, no estaba sola, tenía acompañantes, pese a que no lo sabía o no quería saberlo. No falta quien vea en este proceso una intervención directa en la medicina colombiana, pues de una gira de Nelson Rockefeller

17 Para estudios detallados sobre estos pivotes, véase *La Organización Panamericana de la Salud y el Estado colombiano: Cien años de historia, 1902-2002* (Hernández Álvarez et al. 2002); *Café y gusanos, mosquitos y petróleo* (Quevedo et al. 2004), *La cooperación técnica norteamericana en salud pública en Colombia durante la Segunda Guerra Mundial* (Guzmán y Quevedo 1999) y *Filantropía externa y cambio interno en la atención de la salud en Colombia: El papel de la Fundación Rockefeller de 1920 a 1950* (Abel 2008). La literatura es amplia e incluye trabajos de otros países latinoamericanos.

por Colombia y otros países se derivó la creación del Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública, en 1942, para profundizar la cooperación con el Gobierno nacional en salud, higiene pública, etc. Aunque teóricamente este servicio se concebía separado del Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social —creado en 1938 y dividido, en 1946, en dos ministerios: el de Higiene y el de Trabajo (en el que se adscribe la seguridad y la previsión social con la creación de la Caja Nacional de Previsión, en 1945, y el ICSS en 1946)—, el Servicio Cooperativo Interamericano tuvo su sede en ese ministerio y ejercía la «cooperación» sin muchos recatos, aun cuando hay que reconocer que se fortalecieron la medicina y la salud pública nacionales. Según el médico salubrista Guillermo Restrepo y el sociólogo Agustín Villa, el Ministerio colombiano se convirtió en «una estructura vertical, dirigida y administrada por técnicos norteamericanos con la colaboración de colombianos que se iban formando [en los Estados Unidos] para este fin y llegó a constituir un Ministerio rico y ágil y de orientación extranjera, dentro de otro pobre, con una estructura incipiente» (1980, 85).

Para recurrir a las metáforas de guerra, tan caras a la literatura médica de todos los tiempos, a esta artillería pesada se le deben sumar las tropas frescas provistas por las misiones extranjeras para orientar y apoyar las reformas en el campo de la formación de los médicos que, según quienes las promovieron, necesitaba el país. La primera de ellas fue la Misión Francesa (1931), que en sus informes y recomendaciones dejaba entrever que la medicina de este país se remozaba en el sentido flexneriano, a pesar de alguna crítica velada a la norteamericana (Latarjet, Tavernier y Durand 1931). Vinieron después tres provenientes de los Estados Unidos: la llamada Misión Humphreys o Unitaria (1948);¹⁸ la conocida como Misión Lapham o de la Universidad de Tulane, que arribó en 1953 (Lapham, Gross y Berson 1954, 478-546), y otra en 1958 —*ad portas* de la llamada reforma Paredes en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional— presidida por Benjamín G. Horning, consultor internacional del Programa Tulane-Colombia para la Cooperación en Educación Médica.¹⁹ Analizando la Misión Lapham se ha afirmado algo que puede leerse como indicación de lo que se estaba produciendo en la educación médica colombiana y en la medicina nacional, la adopción oficial del paradigma de la biomedicina:

De este modo, la Misión Lapham reforzó en mucho el diagnóstico de la anterior [la Unitaria]. Pero más allá de esto, permitió consolidar una mirada, un referente y, en últimas, un paradigma educativo: el modelo Flexner. Cuarenta años después de la publicación del Informe Flexner en Estados Unidos, ese modelo se convertía en el parámetro para evaluar los alcances y límites de la formación médica colombiana. (Quevedo et al. 2013a, 194)

18 Informe de la Misión Médica enviada a Colombia por el Unitarian Service Committee, en Archivo Histórico General de la Universidad Nacional de Colombia, 78 pp. Hay versiones en inglés y español, mecanografiadas.

19 El cargo de Horning era Regional Medical Education Consultant of International Cooperation, y su informe fue discutido antes de entregarse a la contraparte colombiana (el decano de la Nacional, Eduardo Cortés Mendoza), con el Dr. Walter G. Unglaub (Consultant in Internal Medicine to the Tulane University-International Cooperation Administration Medical Education Program to Colombia). En Archivo Histórico General de la Universidad Nacional.

LA BIOMEDICINA

El término biomedicina se empezó a utilizar corrientemente en los años sesenta del siglo xx, al tiempo que se delineaba su conceptualización. En Colombia reflexionó sobre este concepto el médico José Félix Patiño, quien se formó en la Universidad de Yale, entre 1948 y 1958, después de haber cursado sus primeros años de medicina en la Universidad Nacional. En Yale, Patiño conoció en carne propia los resultados de la reforma Flexner (Patiño 2014 [1998], 119-132), y a su regreso al país fue uno de los promotores de los cambios que llevaron a la entronización del nuevo paradigma en el pénsum de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional, que luego se extendió desde la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (Ascofame), bajo su orientación, a las escuelas que existían en Colombia a mediados del siglo pasado.²⁰ Casi cuatro decenios después de cumplida esta entronización, Patiño escribe que la medicina se ha convertido en una «verdadera ciencia» y, como corresponde al conocimiento científico, se apoya siempre «en la comprobación por el método de la experimentación, la observación metódica y la investigación». Señala que este proceso habría constituido una «verdadera revolución científica» debida a la introducción efectiva de la bioquímica y la biología moleculares en la medi-

20 Comenzando el decenio de 1950 existían en el país siete escuelas de medicina: dos en Bogotá, la Nacional y la Javeriana; la de Antioquia, en Medellín; la de Cartagena; la de Popayán, y las recién fundadas de Manizales (Universidad de Caldas) y de Cali (Universidad del Valle). Esta última se convirtió en el referente y el modelo del nuevo paradigma norteamericano en Colombia (Quevedo et al. 2013b, 163-177).



La biomedicina, en sus rasgos generales, coincide con lo que se ha llamado la medicina de laboratorio.

cina, lo que permitió pasar «del *arte de la medicina* a la *ciencia médica* y luego a la *ciencia biomédica*, a la *biomedicina*». Agrega que en los últimos tiempos se ha pasado «a la *medicina basada en la evidencia*, la que permite un razonamiento médico exacto, la que puede determinar un pronóstico con base en una alta probabilidad estadística» (Patiño 2014 [1999], 35-38).²¹ Esta es la idea central de la biomedicina que, en sus rasgos más generales, coincide con lo que anteriormente se ha llamado la medicina de laboratorio, identificada un tanto coloquialmente, y desde el sentido común, con la medicina norteamericana, porque fue en los Estados Unidos donde se cumplieron las reformas que permitieron su nacimiento y se fraguaron los planteamientos filosóficos y epistemológicos que la sustentan y pautan su desarrollo, sin que se puedan desconocer, claro está, aportes decisivos de otros países.

En el plano internacional, una caracterización interesante de la biomedicina es la del médico oncólogo y biofísico francés Maurice Tubiana, fallecido en 2013, especialista en isótopos radiactivos y exponente claro de este nuevo paradigma. Sin embargo, Tubiana no olvida que el pasado de la medicina de su país aún ilumina la del presente. Su caracterización ocupa más de cien páginas de su *Histoire de la pensée médicale. Les chemins d'Esculape*, bajo el título de «Nacimiento y apogeo de la biomedicina» (Tubiana 1995, 223-347). Allí escribe:

21 Insiste, sin embargo, en este y otros escritos, que la medicina no puede perder su vocación humanística y humanitaria y anuncia la inminencia de un nuevo paradigma que sucederá a la biomedicina: la infomedicina (Patiño 2011 [2002], 152-174).

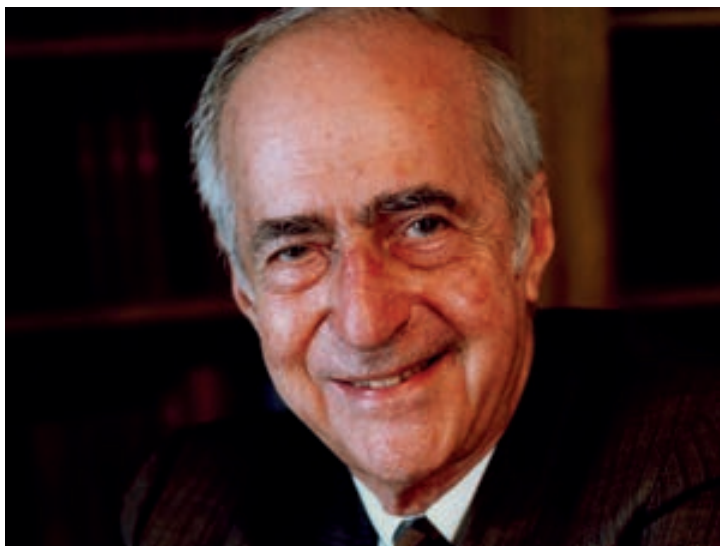
Después del advenimiento de la medicina moderna, el razonamiento médico ha evolucionado lentamente durante el siglo XIX. A comienzos del XX continuó bajo el impulso proveniente del siglo XIX y los médicos, en 1939, buscaron su modelo en los grandes clínicos de finales del siglo XIX, tales como Charcot o Vidal. La ruptura no sobrevendrá sino a mediados del siglo [XX], en primer lugar en la biología y después, dos decenios más tarde, en la mentalidad de los médicos. (Tubiana 1995, 233)

Añade que este cambio de rumbo conllevó:

[...] una ruptura en la historia de la medicina equivalente a la que sobrevino en Francia con la Revolución. Una vez más fue el choque brutal de una guerra lo que determinó un cambio de mentalidades, y este cambio sería la fuente de la renovación. La aceleración del ritmo de crecimiento de los conocimientos comienza durante la Segunda Guerra Mundial. (Tubiana 1995, 270)²²

En la línea de la biomedicina, Tubiana hizo hincapié en la necesaria formación científica del clínico, pero sin renunciar a los aportes todavía válidos de la clínica clásica, porque «hay una similitud entre los mecanismos mentales del investigador y del clínico, lo cual explica el interés de una formación científica para el clínico» (1995, 243). Para él era claro que la biomedicina

22 Tubiana conoció directamente ese «cambio de mentalidades» en hospitales, escuelas de medicina y laboratorios durante su estadía en Berkeley para formarse en biofísica.



Maurice Tubiana, pionero del desarrollo de la radiobiología moderna en Europa. Fotografía: Instituto Gustave Roussy.

debe generalizar en el trabajo médico los mecanismos mentales de la investigación en las ciencias llamadas «duras», que exige y conlleva una formación seria en ciencias básicas, así como el entrenamiento para el trabajo de laboratorio y para la interacción del clínico con científicos en equipos interdisciplinarios. Hizo un recuento básico del contenido científico-técnico del nuevo paradigma biomédico, que evidencia que se trata de un proceso complejo de apropiación por parte de la medicina del conjunto revolucionario de las ciencias físico-químicas, biológicas, matemáticas, etc. del siglo xx, con un hito emblemático: el desciframiento del ADN. Lo que se deriva de este hito «adquiere en biología y en medicina una preeminencia tal que todo el pensamiento biomédico moderno encuentra allí hoy en día su inspiración» (Tubiana 1995, 271 y 272).

EN MEDIO DE POLÉMICAS AVANZA EL RELEVO DE LA MEDICINA FRANCESA POR LA MEDICINA NORTEAMERICANA

Aunque en Colombia las polémicas entre afrancesados y norteamericanizados provenían del cambio del siglo xix al xx, un nuevo momento de reactivación de estas lo marcó el ascenso de Jorge Enrique Cavelier Jiménez²³ a la decanatura de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional, en 1938. Desde esta posición propuso los primeros cambios que iban dentro del estilo y el contenido de la medicina norteamericana. Una vez aprobados esos cambios reformistas, la polémica se intensificó. Para la muestra un botón: Manuel Moreno, antiguo interno de los hospitales de París, escribe en 1939 una carta a los estudiantes colombianos de medicina a propósito de una misiva dirigida al médico Jorge Calvo, por el cirujano francés «Dr. Braine», que se publica en la *Revista de la Facultad de Medicina*. Allí Moreno cuenta en detalle su experiencia de formación en el sistema francés y cierra su escrito con tambores de guerra:

- 23 Egresado de la Universidad Nacional, en 1921, se entrenó en cirugía y urología en el Rush Medical College y en el Postgraduate Hospital and Medical School of Chicago. Fue parte del Consejo Directivo que «reformó los estudios con criterio norteamericano». Ocupó el cargo de ministro de Higiene de 1949 a 1950, y fue además miembro del Senado y presidente de este entre 1951 y 1952 (Cáceres y Cuéllar-Montoya 1998, 130-132).



Para terminar, quiero insistir ante los estudiantes colombianos en que París es, para nosotros latino-americanos, la escuela de medicina sin igual en el mundo [...] Que los jóvenes de las nuevas generaciones estén prevenidos y no se dejen sorprender por ciertas propagandas anti-francesas que, aunque les dirijan hacia centros científicos igualmente respetables, les desvían del camino de París, que es el único verdadero hogar de nuestra cultura latina. (Moreno 1939, 445-451)

La carta de Braine también había sido publicada en la misma revista como «Nota editorial», a mediados de 1938. En ella se

celebraba la cirugía francesa y se decía que, por encima del postulado muy en boga de «ser biológicos», estaba «la síntesis clínica», centro de la profesión médica y, con mayor razón, la del cirujano que se forma fundamentalmente en el internado de los hospitales. Sentenciaba que el valor estaba en «el número de enfermos curados» y no «en las concepciones [...] americanizadas de las instalaciones hospitalarias [...] en tiempos de una falaz y temporaria prosperidad» y, de paso, el Dr. Braine (1937) aludía a las nuevas terapéuticas del cáncer, cuyo origen estaba, como se sabe, en Francia:

«El hábito no hace al monje» y no hay que olvidar que los colores ventajosos de los azulejos de las salas de operaciones o la impresionante sinfonía de reflejos metálicos que nos envían los poderosos aparatos de radioterapia, no dan la justa medida del valor de una instalación quirúrgica.

El médico Agustín Arango Sanín²⁴ en un editorial de la revista *Colombia Médica* criticaba las reformas de Cavelier, a las que calificaba de «inconsultas», pero igualmente «implantadas» por el «joven y dinámico» decano. Afirmaba que no tenía dudas de que quienes habían sido internos o jefes de clínica en otras latitudes estaban muy bien preparados, pero el estudiante colombiano promedio «es muy superior al estudiante europeo o americano», ya que se ha formado en los «estudios clásicos» (los textos franceses) en permanente contacto con el cadáver y

Maclyn McCarty con Francis Crick y James D. Watson,
descubridores de la estructura del ADN.

Fotografía: Marjorie McCarty. Creative Commons.

24 Egresado de la Universidad Nacional en 1927. Cirugía y Ortopedia en el Hôtel Dieu de París, con pasantía en Londres. Profesor de clínica quirúrgica (Cáceres y Cuéllar-Montoya 1998, 242-243).

el microscopio (la predominancia de la anatomía) y, además, en un ambiente donde el profesor conoce la familia y los nombres de los estudiantes, «todos colombianos» (un poco de provincianismo). Como si esto fuese poco, añadía que el estudiante colombiano había asistido a clases diarias, «teóricas», que son el fundamento de la formación clínica y que ahora con la reforma estarían integradas en «bloques»²⁵ no necesariamente diarios:

Es que consideramos peligroso imponer a una Facultad que ya tiene una larga y noble tradición nutrida en las fuentes de la escuela francesa, con la cual nos han ligado siempre mil afinidades, los métodos de Facultades americanas sin tradición de las cuales nos separan la raza, la mentalidad, el idioma, las costumbres y muchos factores más (Arango Sanín 1939)

Las críticas a esta reforma, así como las respuestas de los que la apoyaban, aparecían en las publicaciones médicas y en los periódicos nacionales y de provincia en los que algunos médicos sostenían columnas semanales o firmaban artículos sueltos. Las polémicas entre los médicos se amplificaban en los salones de clase, los pasillos de las facultades, los hospitales, las academias y las asociaciones médicas y, en ocasiones, rebasaban el plano teórico y universitario para invadir el ámbito de lo personal y de la vida privada. La discusión se prolongó hasta la de-

canatura de Raúl Paredes Manrique, entre 1958 y 1961, cuando se produjeron las reformas definitivas que entronizaron la medicina norteamericana en el pénsum de la Nacional. La Escuela de Medicina de la Universidad del Valle, creada comenzando el decenio de los cincuenta del siglo xx, fue pionera en esta entronización y las otras facultades médicas del país lo fueron haciendo a su ritmo durante los años sesenta, por caminos propios y dentro de sus condiciones específicas. A partir de estas épocas, la polémica entre afrancesados y norteamericanizados en Colombia disminuye y llega a convertirse en un tema de la historia de la medicina, como ya lo era en los países centrales, incluida Francia, donde también se producían avances importantes en la medicina de tradición occidental. Esto fue especialmente evidente en el campo de la cancerología.

25 El *block system* que se introdujo en las universidades americanas a partir del Informe Flexner consistía en enseñar una materia por seis horas diarias concentradas en una época del año escolar en vez de una hora diaria durante todo el año.

"La perla del Para ha pasado entre las diestras y astutas manos de comerciantes de las naciones de Bolivia y de Colombia. Después de un viaje, sellado con una parte más barata, nos hemos dado el fin ambiguo de regresar a nuestra casa lo pronto."

[illegible]

"Para que se realicen actividades apropiadas por la zona, se está haciendo un trabajo porque esta zona tiene mucha riqueza natural de aves y otros pero hay personas que construyen, y así, mucha alegría por el Puro A su territorio" (Leticia). La fiesta se hace distinta.

Nota de Registro al Ministerio de Hacienda y Fomento, 1899.

¹⁰Carroll, *De Novo* at 141.

Revised October 2001 September
August 2.

Activities is another important

www.elsevier.com/locate/jbiotec

Te se lembra de 49 milhões e
meus primeiros passos? Ainda
me lembro de meus primeiros

Amigo, Juan Antonio

Ministero del Commercio
e dell'Industria

DEFENSA NACIONAL

P 20737

POR EL HONOR DE LA PATRIA

A1279290

DIRECTORES RESPONSABLES: CARLOS JOSE ESPINOSA Y JORGE MARTINEZ L.

En rebeldía

La Nación contempla atónita la conducta incomprensible del Gobierno. No contento con haber cometido á sabiendas una larga serie de desaciertos; no contento con haber engañado al país para ocultarle la gravísima situación que con ellos le ha creado; no contento con haber faltado al precepto Constitucional que le ordena "proveer á la seguridad exterior de la República defendiendo la independencia y la honra de la Nación y la inviolabilidad del territorio"; no contento con haber intentado ahogar y ridiculizar el sentimiento patrio, que la violación del territorio despertó en el alma de todos los buenos ciudadanos, para lo cual no ha omitido medios, por reprobados que sean; no contento con todo esto, decimos, el Gobierno ha celebrado con los invasores del territorio un pacto bochornoso, depresivo é inconveniente para Colombia, y cuando el Senado de la República, en guarda del buen nombre y de los intereses de la Nación, declara que tiene la prerrogativa Constitucional de aprobar ó improbar ese Convenio, resuelve, en pleno Consejo de Ministros, que él no es para obligatorio ni conveniente sometersele, y esa extraordinaria resolución, dictada el mismo día en que el Senado aprobó la declaración en referencia, aparece publi-

yo del pueblo colombiano, cuyo mayor anhelo está fijado en la defensa del honor y de la integridad nacionales.

**Bello ejemplo
de patriotismo**

Un distinguido amigo nuestro ha tenido la bondad de permitirnos que demos a la luz el siguiente precioso brote de patriotismo que nuestra bochornosa situación ha inspirado a una encantadora niña de quince años, hija suya.

¿Qué sentirán quienes tienen el deber de defender la Patria y no han sido capaces de cumplirlo al ver lo que escriben las niñas colombianas de quince años?

Sigue el sueño

¿Duermes aún el Gobierno? ¿Han sido insuficientes los gemidos de la Patria? ¿No han bastado sus sollozos de humillación y de queja para despertarlo? ¿No han visto sus ojos las firmas de protesta de tantos colombianos, ya de un partido, ya de otro, contra los crímenes de invasión de los peruanos? ¿Ni sus negligentes ojos han visto que ya ha corrido sangre colombiana? ¿Queda despierto al sentir el aliento de la muerte de los colombianos morcimoto al ver la sangre de sus hermanos? De seguro que no. Sentirán vértigo al ver la abundancia, y de nuevo hundarán sus soñolientas cabezas entre mollidos almohadones.

[Pobre Patria! Pobre Madre! Día llegará en que hemos de vengar vuestras

Cual es la situación
de Colombia

ante la invasión peruana
y cómo debe solucionarse

Buenos Aires, Agosto 15 de 1911

BIOGRAPHICAL MEMOIRS OF THE NATIONAL ACADEMY OF SCIENCES

Con gusto correspondo al honor que usted me hace al poner mi nombre en la lista de las personas cuya opinión solicita sobre los asuntos pendientes con el Perú.

Consecuente con sus tradiciones de deslealtad y de felonía, el Perú se ha guardado muy bien de declarar la guerra a Colombia antes de invadir su territorio y de atacar una guarnición colombiana, pero este procedimiento equivale a una formal declaración de guerra. Así pues, las hostilidades han sido rotas y la guerra declarada por el Perú.

Colocar pactos con esa Nación sin que ella haya retirado sus fuerzas y sin autorización de nuestro territorio y dado una satisfacción a Colombia, es oprobioso. No obstante, se celebró un Convenio con el fin, según consta en reciente documento oficial, de evitar que fuese atacada la guarnición colombiana de Puerto Córdoba, y en él se estipuló que sería válido aun en el caso de que se verificase tal ataque. En obsequio de la brevedad me abstengo de comentar aquí ese Convenio, que ya debiera haber sido sometido a la consideración del Congreso, y que esto así dicta impudencia por innecesario y porque no hay una sola de sus estipulaciones que no sea bochornosa é inconveniente para Colombia.

En mi opinión, y no creo aventurado afirmar que es la de la gran mayoría de los colombianos, la única solución deco-

Si hay algún pueblo preparado para la guerra es este: en cien años que llevamos de vida no hemos hecho otra cosa que guerrear, cada colombiano es un soldado; en los parques nacionales hay elementos suficientes para dar principio feliz á una campaña; tenemos, como ya se ha dicho, numerosas tropas de línea que pueden servir inmediatamente, en parte para iniciar esa campaña, y en parte para servir de base de organización á las nuevas milicias que se deben formar, pues el Ejército permanente debe recibir las órdenes convenientes para pasar del pie de paz al de guerra, llevando y completando sus cuadros; el camino por donde se dice que no pueden pasar nuestras fuerzas es superior á muchas de las vías nacionales que siempre han transitado. No se comprende por qué nosotros, acostumbrados á pasar por los desfiladeros más peligrosos para ir á degollarnos en las guerras civiles, no podamos transitar un buen camino de herradura cuando se trata de defender la Patria. Se necesita tener una idea bien merecida de nuestro valiente y abnegado ejército, para creerlo incapaz de transitar una vía por donde han pasado el Ilustrísimo señor Obispo de Garzón con todo su séquito y 4,000 colonos con sus familias. Como se ve, Colombia puede emprender la defensa de su territorio sin prepararnos previa. Si se tratase de ir á conquistar el Perú, deberíamos gastar en preparativos varios años, eso es lo que aconseja la prudencia á quien va á acometer empresa semejante. Si el pueblo que en su territorio no valdrio por el extranjero, está en el deber ineludible de defenderlo, sin demora, sea cual fuere su preparación, y Colombia la tiene suficiente para medirse con sus invasores.

Ruego á usted se sirva excusar que haya excedido el espacio fijado para estas

CAPÍTULO 2

Los antecedentes del Instituto Nacional de Cancerología

Publicación periódica que denunció la clausura del movimiento ciudadano que luchaba contra la invasión territorial, en el marco del conflicto colombo-peruano de 1911. Hemeroteca Digital, Banco de la República.

EL INICIO DE SIGLO XX ESTUVO MARCADO POR UNA CATÁSTROFE: la Primera Guerra Mundial, que se declara en el marco de la tensa calma derivada de la guerra franco-prusiana y de la expansión imperialista europea de finales del siglo XIX sobre amplios territorios de África y Asia. Por su parte, la nueva potencia americana, que con la doctrina Monroe proclamaba a «América para los americanos», entró a jugar un papel creciente en lo que algunos historiadores han llamado «el reparto del mundo». La nueva confrontación armada, que se inicia en 1914, fue vista por parte de los contendientes como el único camino para afirmar su dominio geoestratégico, resolver viejas rivalidades territoriales, recomponer sus posiciones en el mundo colonial y reformar el mapa del poder mundial. Esta Gran Guerra, como se le ha llamado, estuvo acompañada por dos acontecimientos importantes, ambos de alcance planetario. El primero, de carácter político e ideológico, fue la Revolución rusa, en 1917, que desató el apetito de cambios sociales y políticos entre amplias capas de trabajadores, campesinos e intelectuales de Europa y de otros continentes. El segundo, en el campo de la salud, lo constituyó la pandemia de gripa que azotó gran parte del planeta entre 1918 y 1920,



a la que en el hemisferio occidental se le dio el nombre de la *gripe española*. Se pensaba que esta Gran Guerra iba a ser corta y con un costo humano relativamente bajo, por lo cual a ella se apuntaron millones de hombres entusiasmados con la esperanza de que todo iría mejor después, como nos cuenta el historiador Marc Ferro (1970); pero se convirtió en una confrontación terrible que cobró más de doce millones de vidas y se expandió por toda Europa y parte de Asia y África. El horror de esta contienda, que marca el inicio del fin de la hegemonía de Europa en el mundo y el ascenso de los Estados Unidos, estuvo determina-

do por los desarrollos militares y tecnológicos que la ubicaron a medio camino entre las guerras clásicas y las propiamente modernas, con víctimas potenciales y reales contabilizadas en millones. En pocas palabras, fue una guerra sustentada en los progresos técnicos y científicos que producían tanta ilusión y tanta esperanza en los hombres del siglo XIX, al que ellos mismos llamaban orgullosamente el *siglo de la ciencia*. Y, en efecto, fue un siglo de ciencia; pero lo que no se había vislumbrado con claridad era que esa ciencia aplicada a la guerra haría de las confrontaciones armadas entre las potencias mundiales una antesala del infierno en la tierra.

A diferencia de las conflagraciones del siglo XIX, la Gran Guerra constituyó el primer conflicto en el que las heridas en

los combates pesaron más en la mortalidad que las enfermedades. Como lo señala David Stevenson (2014), esto sucedió básicamente en el frente occidental, pues en algunos sectores del frente oriental esta relación fue a la inversa: como en el caso turco en el cual el padecimiento de enfermedades multiplicó por siete la mortalidad por heridas en guerra. Algo similar ocurrió en África occidental, en Macedonia y en lugares como Serbia, donde el tifus afectó a la cuarta parte de los efectivos en estos territorios, en 1915. El caso ruso no está lejos de esta última tendencia, pues se calcula que cinco millones de soldados fueron hospitalizados a lo largo de la guerra a causa de afecciones como el escorbuto, el tifus, la fiebre tifoidea, el cólera y la disentería (Vega 2015).



Demostración en la estación de ambulancias de emergencia de la Cruz Roja en Washington, D. C., durante la pandemia de influenza. National Photo Company, Biblioteca del Congreso EE. UU., 1918.

Los rayos X tenían la propiedad de penetrar los cuerpos opacos y, más adelante, se emplearon en la terapéutica del cáncer.

Durante la Primera Guerra Mundial se registraron dos hechos relacionados con lo que será la lucha contra el cáncer en el siglo xx. El primero fue la creación, por parte de Marie Curie (1867-1934), de centros radiológicos de campaña, cerca del frente, para apoyar a los cirujanos. Estos centros no eran otra cosa que unidades móviles de radiografía, conocidas popularmente como las *petites Curie*, las cuales empleaban el principio de la radiación descubierto en 1895 por Wilhelm Conrad Röntgen (1845-1923). Los rayos X, como fueron llamadas estas radiaciones, tenían la propiedad de penetrar los cuerpos opacos y, más adelante, se emplearon en la terapéutica del cáncer. El primer informe de una curación de cáncer a través de radioterapia data de 1899, poco después del descubrimiento de Röntgen y a un año del hallazgo del radio, en 1898, por parte de los esposos Pierre (1859-1906) y Marie Curie (Garrison 1966, 406). El segundo hecho parece el producto de una cruel casualidad. La noche del 12 de julio de 1917, cientos de obuses marcados con cruces amarillas cayeron sobre el ejército británico que se encontraba ubicado en la ciudad belga de Ypres. Se trataba del gas mostaza. Por causa de esta sustancia aquella noche murieron o resultaron heridos, de una manera terrible, cerca de dos mil soldados. Dos años después, en 1919, los esposos estadounidenses Edward (1882-1966) y Helen Krumbhaar (1886-1968), el uno patólogo y

cardiólogo y la otra patóloga, estudiaron a los sobrevivientes y encontraron que sus glóbulos blancos estaban muy bajos, las células normales se habían secado, estaban anémicos y necesitaban transfusiones de sangre una vez al mes. El gas mostaza había actuado como si se tratase de lo que Paul Ehrlich (1854-1915) había llamado una «bala mágica», que atacaba específicamente algunas células de la sangre al tiempo que respetaba otras.¹ No obstante, solo hasta la Segunda Guerra Mundial, en 1943, cuando la *Luftwaffe* alemana bombardeó en Bari (al sur de Italia) a un barco que llevaba refugiados norteamericanos, provocando otra terrible matanza, dos científicos de la Universidad de Yale, Louis Goodman (1906-2000) y Alfred Gilman (1941-2015), iniciaron una investigación rigurosa sobre el gas mostaza, en particular sobre su capacidad para diezmar específicamente los glóbulos blancos. La pregunta a que daba origen esta investigación era si esta capacidad específica del gas mostaza «[...] ¿podría explotarse en un entorno controlado, un hospital, con dosis minúsculas y monitorizadas, para hacer diana con los glóbulos blancos *malignos* [...] sin generar las horribles acciones vesicantes?». Después de haber estudiado el efecto de este gas en conejos y ratones con resultados positivos, se pasó «a los estudios con humanos y se concentraron en linfomas, cánceres de los ganglios linfáticos» (Mukherjee 2012, 125 y 126).

1 La expresión *bala mágica* fue acuñada por Paul Ehrlich, premio Nobel de Medicina en 1908, para referirse a medicamentos ideales que deberían actuar directamente sobre agentes infecciosos presentes en el organismo, sin producir daño en las células del paciente. El salvarsán, derivado del arsénico, fue considerada la primera bala mágica para el tratamiento de la sífilis, y se debió precisamente a Ehrlich.

La Gran Guerra no causó impactos notables en Colombia, que se reponía de sus propios conflictos, en particular de la Guerra de los Mil Días, así como de la pérdida de Panamá. Bajo los Gobiernos conservadores de Carlos E. Restrepo, José Vicente Concha y Marco Fidel Suárez, entre 1910 y 1921, el país intentaba poner en marcha un proyecto un tanto ambiguo que echaba mano de aspiraciones modernas, como el capitalismo o la democracia parlamentaria, pero que apenas lograba paliar las condiciones reales de una sociedad pobre, inequitativa y que arrastraba los rezagos de varios siglos de colonialismo, además de tener que enfrentar los retos que planteaba su agreste y compleja geografía. Solo hasta el Gobierno del ingeniero Pedro Nel Ospina (1922-1926) se optó más claramente por la modernización del Estado y del sistema bancario y financiero, en medio de transformaciones en la cultura, la moda, las artes y la vida cotidiana, sobre todo en la ciudades más importantes, al ritmo de innovaciones como la radiodifusión, el cine, los automóviles, el tranvía y las obras de ornato, además de ciertos desarrollos arquitectónicos y de obras públicas fundamentales como carreteras y ferrocarriles (Uribe Celis 1984). No es equivocado situar la idea y la puesta en marcha del proyecto de crear un instituto de *radium*² dentro de este clima de modernización.

Ahora bien, los primeros intentos por construir un Estado moderno provenían del siglo XIX, en el que habían surgido ya algunas instituciones que permitían ordenar la provisión de justicia, algo de seguridad ciudadana y defensa nacional, al igual que algunos servicios como la educación, la salud y la higiene pública. Específicamente en estos dos últimos campos la exis-

2 En los inicios del instituto se utilizó la palabra *radium*, por su origen en latín.

tencia intermitente de una Junta Central de Higiene, de la Beneficencia de Cundinamarca, de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia o del Hospital San Juan de Dios en Bogotá, así como la presencia de un buen número de médicos formados en el paradigma anatomoclínico francés, permitía pensar en una organización que prestara servicios de salud desde una perspectiva nacional, más aún si se tenía en cuenta que otros polos de desarrollo tendencialmente modernos se conformaban en Medellín, Barranquilla y Cali. En ese contexto van despuntando los principales soportes que originaron el proyecto de un instituto público dedicado al cáncer con una perspectiva nacional.

EL RADIUM HACE SU APARICIÓN

Una primera referencia importante en el proceso de difusión y apropiación del conocimiento sobre el *radium* en Colombia es el artículo publicado en 1905 en la *Revista del Colegio Mayor Nuestra Señora del Rosario* por el médico y científico Liborio Zerda. Este texto se abre con una alusión al descubrimiento del *radium* y lo califica como un «cuerpo maravilloso y de propiedades tan sorprendentes» que había causado una gran sensación en el mundo científico y en el público en general, hasta el punto de ser utilizado «para explicar a su modo hechos que están fuera de su alcance» (Zerda 1905, 283-284). Y quizás tenía razón Zerda, pues para la época en que escribía el conocimiento sobre el *radium* apenas se estaba sistematizando y, además, lo divulgado por los periódicos y las publicaciones científicas de los países centrales se hallaba disseminado, no formaba par-



Pierre y Marie Curie trabajando en su laboratorio.
Wellcome Collection. CC BY.



En enero de 1904, Jacques Danne y un ingeniero, Henri Farjas, crearon *Le Radium*, una revista destinada a dar a conocer a los lectores los artículos que sobre el *radium* se publicarían en Francia y en el extranjero. bibliophilie.com/bibliophilie-et-sciences-les-fols-espoirs-suscites-par-la-decouverte-du-radium

te de un acumulado sólido y carecía de un adecuado orden en la exposición de los hechos. De modo que el autor pretendía construir un resumen ordenado para la revista en la que escribía, particularmente para los alumnos de su clase de física en el Colegio del Rosario, tomando datos de varias publicaciones de Europa, especialmente de la revista *Le Radium*, editada en el Laboratorio de los Curie. Esta revista se había fundado en 1904 (junto con la alemana *Jahrbuch der Radioaktivität und Elektronik*) y fue la primera de carácter científico dedicada a la radioactividad y temas afines. Su primer editor fue Jacques Danne, asistente de Pierre Curie, quien cumplió un papel fundamental en la divulgación del trabajo de los esposos y científicos franceses. Pero, además de esta revista, ya había una obra publicada en 1904 —que a lo mejor Zerda no conoció por ser casi coetánea de su artículo—, la cual intentaba compilar lo que se sabía hasta ese momento: se trataba del libro del mismo Jacques Danne, denominado *Le Radium, sa préparation et ses propriétés*, con prefacio de M. Ch. Lauth, director de la Escuela de Física y de Química Industrial de París. Allí Danne presentaba un balance del conocimiento sobre las propiedades de las sales de *radium* y mencionaba hechos validados como científicos para ese momento (Danne 1904).

En una parte de su escrito, Zerda se detiene puntualmente en el tema del costo y del esfuerzo necesario para la extracción del *radium*. Cuenta que a principios de 1904 un gramo de este elemento valía cerca de 150 000 francos y para conseguir ese gramo se requería tratar más de 10 000 kilogramos del material radioactivo que lo contenía. Además, muestra avances interesantes sobre la comprensión de los tres grupos principales de rayos que componían las radiaciones conocidas en ese momento, y se refiere a los retos que existían en el campo de la ciencia,

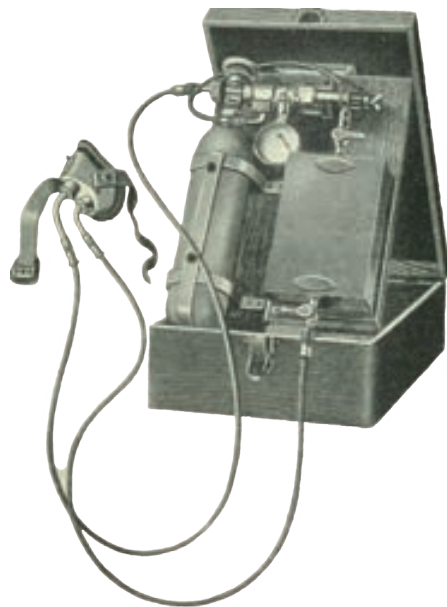
afirmando que «el origen de la energía de los cuerpos radioactivos es hasta ahora un enigma» (Zerda 1905, 293). Aunque el artículo del médico colombiano estaba situado más en el campo de la física del *radium* que en sus aplicaciones en la medicina, lo que lo ubicaba en problemas propios de la ciencia de su tiempo sobre la producción de energía, también debió contribuir a suscitar en sus lectores el interés por el uso de este elemento en el enfrentamiento del cáncer. El escrito de Zerda también es interesante porque muestra el temprano interés científico de algunos médicos colombianos en la física y la radioactividad y sus aplicaciones y, además, de paso, da pistas sobre la vida y el recorrido intelectual de Marie y Pierre Curie, así como sobre Henri Becquerel (1852-1908), el socio de ellos en el Nobel de 1903. También informa sobre la participación de investigadores no franceses como Ernest Rutherford (1891-1937), Friedrich Giesel (1852-1927), Stefan Meyer (1872-1949), Egon von Schweidler (1873-1948), entre otros, en la construcción del campo del saber sobre el *radium* y la radioactividad desde finales del siglo XIX (Zerda 1905, 289-290). Puede decirse que con este artículo Zerda ponía a vibrar a los científicos y a los médicos colombianos de su época con los avatares contemporáneos de la ciencia internacional y, claro, con la francesa, tan importante para la historia del cáncer.

Independientemente de los propósitos de Zerda, la revista *Le Radium* adquiriría un significado a posteriori, pues ella se convirtió en el vehículo más importante para la difusión de los trabajos de Marie Curie, a partir de 1911, tras el rechazo de su nominación a la Academia de Ciencias de Francia. Hasta ese momento, la gran científica francopolaca había enviado sus escritos a *Comptes Rendus*, la revista de la Academia, y ante el rechazo de que fue objeto por parte de esta venerable institución,

decidió publicarlos, casi que exclusivamente, en *Le Radium* y en el *Journal de Physique*. Si bien Marie había ganado, junto con su esposo y con Henri Becquerel el premio Nobel de Física y Química en 1903 (luego lo ganó sola en 1911), el hecho de ser mujer, de haber quedado viuda, de tener una posible relación sentimental con el físico comunista Paul Langevin y la sospecha injusta de haber plagiado las ideas de su esposo fueron los argumentos que inclinaron la votación de la Academia de Ciencias en su contra, en dos oportunidades, y le impidieron ocupar la silla que merecía. De nada valieron los esfuerzos de su amigo, el matemático Henri Poincaré, ante el conservadurismo de la Academia, la cual terminó por darle la membresía al ingeniero católico Édouard Branly (Blanc 2018).

En lo que tiene que ver con los rayos X, durante esos años del siglo XX que anteceden a la fundación del Instituto de Radium, se puede aludir a tres hechos significativos. El primero fue la llegada a Medellín del primer equipo de rayos X traído a Colombia, desde París, por el doctor Juan B. Montoya y Flórez, en 1901 (Ulloa, Toscano, Durán 2016, 45-82). El segundo hecho fue la negociación de un equipo propio de esta tecnología en Estados Unidos, realizada en 1915 por el rector de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional, doctor Pompilio Martínez, para su instalación en el Hospital San Juan de Dios. Martínez, además, trajo el primer equipo de *roentgenterapia* profunda para este hospital. El tercero fue la aprobación de la Ley 46 de 1916, que creó el curso de radiología en la Universidad Nacional. Una vez ingresado el equipo de rayos X al hospital, en 1917, se encargó de su montaje y manejo al radiólogo danés Peer Martin Lund, quien demostró no poseer las condiciones científicas y técnicas necesarias para la manipulación de estos aparatos, lo que llevó al Gobierno a la aprobación de la Ley 8 de 1919,

que establecía los requisitos que debía cumplir la persona que estuviera al frente de esta novedosa tecnología. El nuevo encargado fue el radiólogo francés André J. Richard, quien se retiró en 1922 y dio paso al médico alemán Martin Weiser, que asumió el cargo y la cátedra correspondiente entre 1923 y 1928, cuando fue remplazado por el médico colombiano Gonzalo Esguerra, hermano del ya citado Alfonso Esguerra Gómez. En 1923, Gonzalo había instalado los equipos de rayos X en la Casa de Salud de Marly y, en virtud de su nombramiento en 1928 al frente de este mismo dispositivo en el San Juan de Dios, se convirtió en el primer profesor colombiano del curso de radiología dentro de la Universidad Nacional (Ulloa 2009, 30).



Radiography, x-ray therapeutics and radium therapy. Robert Knox, A. & C. Black, Londres, 1915. Biblioteca Gerstein, Universidad de Toronto.
www.flickr.com/photos/internetarchivebookimages/14571031030

En paralelo se iba desarrollando el uso del *radium* para tratar el cáncer y otras dolencias, lo que se denominaba *radiumterapia*.³ Las primeras experiencias de aplicación de este elemento en Colombia las desarrollaron los médicos Ricardo Valencia Samper, en 1919, y Roberto Sanmartín Latorre, en 1920, a las que se sumaron la del doctor Rafael Ucrós, en ese mismo año, y la del doctor Ricardo Calvo Cabrera, en 1921. Esas cuatro aplicaciones constituyen los primeros esfuerzos en el país por implementar este procedimiento en la lucha contra el cáncer. En 1920 los doctores Roberto Sanmartín y Rafael Ucrós organizaron la primera Sociedad de Radium (privada) con la participación de los doctores Pompilio Martínez, Manuel Antonio Cuéllar y Alfonso Esguerra Gómez. El 2 de febrero del mismo año, Sanmartín y Ucrós abrieron en el Hospital San Juan de Dios un primer servicio público de *radiumterapia*, pero por falta de apoyo estatal este tuvo que cerrar en 1921. Después de esta iniciativa, se conformó una segunda sociedad privada, en junio de 1924, con la presencia de Alfonso Esguerra, Hipólito Machado, Francisco y Pedro Miguel Samper Madrid y José María Sáenz Pinzón. Esta sociedad luego se llamó Esguerra y Compañía. Posteriormente, en 1927, los doctores Alfonso Esguerra y Daniel Brigard constituyeron un nuevo servicio privado de radioterapia en la Clínica de Marly, que funcionó hasta 1930, y donde llegaron a tratar 141 pacientes (Otero 1999).

3 La terminología usada en la época, incluso en los trabajos médicos y con mayor razón en los medios de comunicación, no estaba claramente establecida, pero puede asumirse que la radioterapia era el nombre amplio para las técnicas terapéuticas que empleaban radiaciones ionizantes. Dentro de ellas estaban la *radiumterapia* o *curieterapia*, que empleaba las aplicaciones de radio (*radium*) y la *roentgenterapia*, que empleaba rayos X de baja o media energía.



El doctor Alfonso Esquerro Gómez, personaje clave en la concepción del Instituto Nacional de Radium. Fotografía: autor desconocido. Archivo INC.

Alfonso Esquerro, quien tiene una presencia permanente en los antecedentes del Instituto de Radium, nació en Bogotá, en 1895, se licenció en Filosofía y Ciencias en la Universidad Gregoriana de Roma y se graduó como médico cirujano de la Universidad Nacional de Colombia, en 1920. Posteriormente, viajó a París, donde fue discípulo de Claude Regaud —figura destacada en el proyecto y la fundación del Instituto Nacional de Radium (INR), como se verá— y se vinculó como asistente del Instituto Pasteur de la Universidad de París. En 1923, un año después de que la cancerología se instituyera como disciplina médica, y cuando aún residía en Francia, fue galardonado con el Premio Chevillon, por la invención de la pasta Colombia para la aplicación de la *radiumterapia*. A su regreso a Colombia, en 1924, Esquerro creó en la Clínica de Marly, de propiedad de su familia, el servicio de radioterapia y después estuvo involucrado en la creación de este mismo servicio en los hospitales San Juan de Dios y San José. En 1925 fue vinculado como profesor titular de la cátedra de fisiología de la Facultad de Medicina en la Universidad Nacional, donde instaló el laboratorio de esta ciencia básica y logró integrar un grupo de médicos convenientemente formados para consolidar la presencia de la fisiología en la Universidad, dentro de los cuales estaban Ramón Atalaya, Juan Pablo Llinás, Daniel Brigard y Ernesto Osorno; algunos de ellos fueron protagonistas destacados en los primeros años de la historia del instituto. El interés de Esquerro por la cancerología se ratifica en 1930, cuando ingresa como miembro de número de la Academia Nacional de Medicina, al lado de su hermano Gonzalo, con el trabajo denominado *El control radiográfico en la curieterapia uterina*.

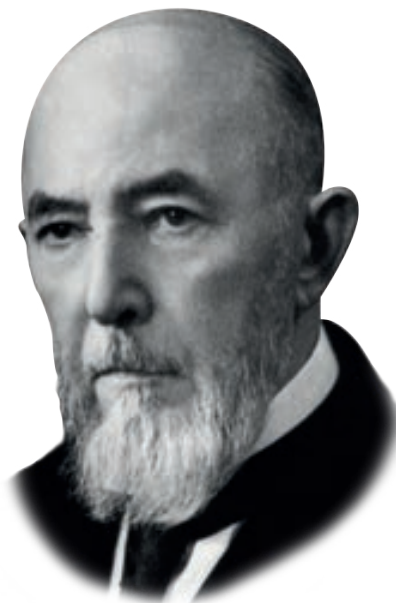
Justamente, Alfonso Esquerro fundó el primer servicio de *radiumterapia* público del país, en julio de 1927, en el Hospital de

San Juan de Dios de Bogotá. La primitiva cocina del edificio de «La Maternidad», que estaba instalada en el extremo sureste del primer piso de ese hospital, se dividió en dos espacios mediante un cancel de madera. En uno de ellos se alojó el Servicio de Mujeres de la Clínica de Órganos de los Sentidos, del doctor Celso Jiménez López, y en el otro la naciente Clínica Curieterápica, donde se almacenaban el *radium* y los implementos necesarios para sus aplicaciones médicas. Como narra Alfonso Esguerra en su informe a la Junta Central de Beneficencia, de 1931:

Contra la segunda ventana de esta reducida sala se colocó un viejo bastidor de cristales para encerrar el rinconcito donde se hicieran las manipulaciones del Radium y allí se

puso una mesa blindada con plomo para el montaje de los aparatos radioactivos, una caja de seguridad, un lavamanos, un asiento y el escritorio. (1933, 938)

Debido a las limitaciones espaciales, a las condiciones físicas en que se encontraban los pacientes y a los fuertes efectos de la *radiumterapia*, un buen número de ellos debía ser tratado en otros servicios del hospital. En estas condiciones, durante el segundo semestre de 1927 se llevaron a cabo de manera experimental las primeras *radiumterapias* centradas en epitelio-mas cutáneos de la cara en pacientes reclutados en los diversos servicios del hospital. De la Clínica de Dermatología enviaron a la señora Joba Pacheco, «una enferma tratada desde hacía 6 meses por un tumor exulcerado del labio superior, calificado como de naturaleza cancerosa» (Esguerra 1933, 936). El examen anatomopatológico de la biopsia, tomada a esta paciente y enviada al Laboratorio Samper Martínez para su análisis, determinó que se trataba de un epitelioma de origen cutáneo, como lo señaló Esguerra en su informe a la Junta Central de Beneficencia.⁴ Así, la señora Pacheco se convirtió en el punto de partida de las investigaciones científicas que desde entonces se hicieron en el Servicio de Radiumterapia «buscando la técnica más apropiada para el tratamiento de esas neo formaciones de tan diversas causas que en los “individuos de nuestro bajo pueblo se localizan sobre las mucosas de todas las vías



Claudius Regaud. Autor anónimo.

4 Biopsia 4826. «Por el corte se ve que se trata de una biopsia cutánea. La epidermis emite hacia el fondo masas de células epiteliales que invaden el tejido subcutáneo irregularmente. Se trata indudablemente de un epitelioma de origen cutáneo. 30 de diciembre de 1926» (Firmado R. Sanmartín y G. Ruiz M.).

Las primeras experiencias de aplicación de *radium* en Colombia las desarrollaron los médicos Ricardo Valencia Samper (1919), Roberto Sanmartín Latorre y el doctor Rafael Ucrós (1920) y el doctor Ricardo Calvo Cabrera (1921).



Hospital San Juan de Dios.
Álbum del cuarto centenario de Bogotá.

aéreas superiores”» (Esguerra 1933, 938). Para poder continuar observando a la paciente de manera cuidadosa, se contrató como empleada en la cocina del hospital y, desde entonces, se le pudo hacer un seguimiento sistemático a la evolución de su enfermedad, que parece haberse curado con el *radium* según lo sugiere el informe de Esguerra. En los meses siguientes se abrió un servicio de hospitalización para hombres con lesiones cancerosas en la cara que se encontraban reclusos inicialmente en el de Dermatología.

El Servicio de Radium en el San Juan de Dios contaba con el apoyo médico-asistencial de los directores de otros servicios de Hospital, pero ello no era suficiente. Por tal razón, Esguerra demandaba en su informe a la Junta Central de Beneficencia una centralización de la *radiumterapia*, ante la dificultad de prestar tratamientos en diferentes lugares del San Juan de Dios y solicitaba la creación de la Consulta Externa para el seguimiento y la adecuada captura de los pacientes con casos tempranos. También llamaba la atención sobre la necesidad de contar con un servicio de odontología para tratar aspectos relacionados con el cáncer en la cavidad oral y con una visitadora o una figura de asistencia social, la primera pensando en el seguimiento de los pacientes, la segunda en la perspectiva de contribuir a aliviar los problemas sociales que tenían las familias de los enfermos, en su mayoría de escasos recursos.

El informe de Esguerra fue publicado en 1933 como artículo en la revista de la Facultad de Medicina justo cuando una comisión designada por el poder Ejecutivo estudiaba el plan para la fundación en Bogotá del INR. El escrito incluía datos clínicos, calificados por el autor como experimentales, sobre la aplicación del *radium*, los cuales también podrían servir como base de discusión para la creación del instituto. Al mismo tiempo, lla-

maba la atención sobre algunos aspectos importantes de la vida hospitalaria, de la casuística del cáncer, de la comprensión que se tenía acerca de esta enfermedad y de lo que se sabía respecto a la *radiumterapia*. Registraba que en 141 enfermos tratados en el Servicio de Radium del Hospital de San Juan de Dios, del 1.º de julio de 1927 al 31 de diciembre de 1930, se habían empleado 4974 unidades de *radium* o, como se decía en términos técnicos, «se aprovechó la destrucción de cinco mil milicuries de emanación, que se debían a la generosidad de la Compañía de Radium de Bogotá» (Esguerra 1933, 952). Esta compañía le había suministrado gratuitamente al servicio cuarenta tubos con 125 miligramos de *radium*-elemento. Según los cálculos del profesor Regaud, mencionados por Esguerra en su informe, el valor de cada milicurie era de dos dólares, de manera que la donación recibida en estos tres años y medio se debía estimar en no menos de diez mil dólares. Con *radium* donado, sin instrumental adecuado y sin locales óptimos se habían ensayado las irradiaciones en el Servicio del Hospital San Juan de Dios durante los años anteriores, esperando que los resultados obtenidos probaran la necesidad y la efectividad de esos tratamientos, considerados los más modernos para la época (Esguerra 1933, 952). Sin embargo, la experiencia del Servicio entre 1927 y 1931 mostró pobres resultados en el tratamiento de casos de cáncer y costos onerosos, según Esguerra.

Por ello, como jefe del Servicio de Radiumterapia del Hospital San Juan de Dios, Esguerra no estaba de acuerdo con hacer el pedido de *radium* en la cantidad que había autorizado la Junta General de Beneficencia, en julio de 1930, hasta no conocer específicamente las actividades a las que se dedicaría este elemento, pues eran distintos los tubos empleados para tratar el cáncer uterino a los que se usaban para los epitelomas cutá-

neos, en las metrorragias o en los rinoescleromas: «Si se quiere tratar el cáncer uterino, por ejemplo, hay que invertir una buena parte de la suma votada [aprobada] en tubos especiales de Radium; pero es preciso, al mismo tiempo, hacer una instalación adecuada de radioterapia profunda» (Esguerra 1933, 937). Mientras no se contara en el San Juan de Dios con todos los elementos necesarios para emprender una buena *radiumterapia*, habría que dejar «para la cirugía esos neoplasmas del cuello uterino, aunque no podamos decir como los profesores Dordel y Voltz de la Universidad de Munich, que desde 1913 no han vuelto a operar un solo cáncer de la matriz porque todos deben ser tratados por la radioterapia» (Esguerra 1933, 943).

También llamaba a la cautela en la adquisición de equipos de rayos X, tanto en su informe a la Junta Central de Beneficencia, de 1931, como en su artículo publicado en la revista de la Facultad de Medicina, de 1933, ya que una instalación tan valiosa en precio de compra y tan costosa en sostenimiento, como era un aparato de rayos X de 200 000 voltios y 30 miliamperios, requería conocer muy bien en qué se usaría, es decir, el número de casos que se podrían tratar. Para ilustrar este argumento, Esguerra aludía al bajo número de casos de cáncer de cuello uterino que se presentaban en su servicio y concluía afirmando que: «no daría en San Juan de Dios ni en Bogotá entero, la clientela que pueden irradiar los dos puestos de una máquina de semejante potencia» (Esguerra 1933, 943). Los datos de los años posteriores sobre este tipo de cáncer pondrían en duda las observaciones de Esguerra, fundadas probablemente en un subregistro de casos producto de circunstancias que escapaban a su experiencia clínica.

El otro ejemplo usado por Esguerra era el del cáncer de lengua. Para él, la Compañía de Radium de Bogotá se había equi-

vocado al invertir tanto dinero en veinte agujas para radium-punción, puesto que, según él, estaba probado que en siete años no se habían presentado los casos de cáncer de lengua que se calcularon al hacer esa compra, tomando como base de apreciación las estadísticas del Instituto de Radium de la Universidad de París y de la Fundación Curie. En efecto, para Francia los datos sí eran contundentes, pues en dicho Instituto se habían tratado de 1920 a 1925, 311 casos de cáncer de lengua y del piso de la boca, y de 1919 a 1925 se atendieron 112 neoplasmas de los labios (Regaud 1927, 360, citado en Esguerra 1933, 942). Estas cifras resultaban desmesuradas, en caso de que fuera posible compararlas con las de Colombia.

Al pequeño número de casos y pacientes y a la falta de certeza en el uso técnico del *radium* se sumaba la carencia de personal científico y del instrumental necesario para evitar un despilfarro en «emanación» de material radioactivo, como el que se había hecho hasta ahora en el país. En realidad, no es que Esguerra se opusiera a la existencia del servicio que él mismo dirigía o a comprar *radium* y equipos de rayos X, sino que más bien llamaba la atención sobre la importancia de racionalizar los recursos ante la poca demanda y la baja disponibilidad presupuestal y de personal calificado, y enfatizaba en la necesidad de redirigir la *radiumterapia* hacia el tratamiento de otras enfermedades como las infecciosas. Esta perspectiva se basaba en algunos hallazgos de su tiempo y en su propia observación.

Los últimos estudios sobre radioterapia, han venido a demostrar la acción desinfectante innegable de las pequeñas dosis radioactivas. Nuestras propias observaciones sobre los escleromas, entidad netamente infecciosa, constituyen una nueva prueba irrefutable. Tenemos además algunas metritis

puerperales y anexitis *post-abortionum*, curadas con el Radium que aseguran un magnífico porvenir a este nuevo capítulo de la radioterapia. (Esguerra 1933, 942)

Además, afirmaba:

En 1928 tuvimos por los suelos del Servicio de Mujeres 16 enfermas, a pesar de haber suspendido los tratamientos del cáncer del cuello uterino, [...] por haber comprendido que no contábamos con los elementos necesarios para esta clase de trabajos. Los resultados simplemente paliativos que obtuvimos en los dos casos del año 27 [...] nos demostraron la necesidad de suspender actividades por ese lado de la Curie-terapia. En cambio, en ese año 28, intensificamos los esfuerzos hacia las metrorragias, los papilomas genitales rebeldes a otros tratamientos, las leishmanias tártaro resistentes y las acromegalias; fue el año de las investigaciones por campos distintos del cáncer y de los escleromas. (Esguerra 1933, 942)

La bondad del *radium* y de los rayos X era tal que incluso Esguerra afirmaba que tres enfermas irradiadas en el curso del embarazo tuvieron partos normales, sin desgarraduras perineales ni infección puerperal. Niños vivos y sanos, en dos casos, y el tercero, que fue gemelar, dio como resultado uno vivo y el segundo muerto. Sin embargo, al practicarle a este último los estudios radiológicos e histológicos completos se demostró indemnidad de esos tejidos, lo que le permitía afirmar a Esguerra que la radiumpunción de los condilomas no lesionaba ni el periné de la madre ni los tejidos fetales. En la tabla 1 se presentan los casos de enfermedades distintas al cáncer tratadas con *radiumterapia* entre 1927 y 1930 en el Servicio dirigido por Esguerra.

Tabla 1. Enfermedades tratadas con *radiumterapia* distintas al cáncer, 1927-1930

	1927 (6 meses)	1928	1929	1930	Total
Metritis	—	3	3	4	10
Papilomas genitales*	1	4	—	1	6
Leshmania	—	3	—	3	6
Acromegalia	—	2	—	1	3
Favus	2	—	—	—	2
Lepra	1	—	—	—	1
Exostosis traumática	—	1	—	—	1
Sicosis facial	—	—	1	—	1
Total	4	13	4	9	30

Fuente: reelaborada con base en Esguerra (1933, 953).

* En ese momento no se había identificado el virus del papiloma y la relación de algunos de sus serotipos con el cáncer.

Pero su mayor esperanza estaba puesta en una enfermedad específica: el escleroma, una de las patologías más frecuentes en el Servicio de *Radium*. La centralidad de los escleromas supuso un interés especial en el seguimiento a los pacientes

tratados por este mal. Y la estrategia fue eficaz: gracias a las Reverendas Hermanas de la Presentación, fue posible contratar a algunas de las pacientes irradiadas para realizar oficios dentro del Hospital, lo cual permitió seguirlas en la evolución de su tratamiento. El estudio de los escleromas y los buenos resultados terapéuticos obtenidos hasta en las localizaciones laríngeas de esa enfermedad justificaron ampliamente no solo la existencia del servicio, sino las erogaciones que había implicado su sostenimiento. Si muchos pacientes con cáncer aún no habían encontrado buenos resultados en el San Juan de Dios, Esguerra tenía la esperanza de que en el futuro se vendrían «[...] a beneficiar los innumerables escleromatosos que [se] curarán con la aplicación del Radium y nos deberán ellos una mejoría que no hubieran alcanzado con ninguna otra terapéutica» (Esguerra 1933, 942).

La gran expectativa en el tratamiento de los escleromas, decía Esguerra, «no se empaña siquiera con la esperanza del menor lucro pecuniario; porque en siete años de ejercicio profesional no hemos visto el primer escleromatoso rico que haya podido pagar honorarios médicos» (1933, 942). Su visión positiva se reforzaba al afirmar que la aplicación de *radium* había sido tan adecuada que ningún paciente tratado había desarrollado necrosis alguna y que con esta enfermedad se había abierto un campo de investigaciones muy importante. Justamente, en estas pesquisas había tomado parte Daniel Brigard, su «colaborador inmejorable», quien pronto publicaría un estudio que preparaba como tesis de grado en este tema. En la tabla 2 se aprecia el comportamiento de los escleromas en el Servicio del San Juan de Dios.

Esta experiencia inicial sobre el tratamiento del cáncer suscitó en Esguerra una fe en las potencialidades terapéuticas ge-

Tabla 2. Los 43 escleromas, por localización y por año, en el Servicio de Radium

	1927 (6 meses)	1928	1929	1930	Total
Rinoescleromas	2	6	7	7	22
Laringoescleromas	—	—	3	3	6
Rinolaringoescleromas	—	—	2	1	3
Dacriocistitis escleromatosa	1	—	1	—	2
Escleroma de la trompa de Eustaquio	1	—	—	—	1
Escleroma propagado de labio superior	—	1	—	—	1
Escleroma de localizaciones múltiples	3	1	4	—	8
Total	7	8	17	11	43

Fuente: reelaborada con base en Esguerra (1933, 953).

nerales del *radium* y de los rayos X, pero también un fuerte escepticismo en el campo de la lucha anticancerosa. Y fue este último el que se expresó más adelante, a la hora de participar en el debate sobre la creación del INR. Sin embargo, su experiencia era limitada, ya que el Hospital San Juan de Dios no recogía necesariamente todos los casos de cáncer en una época en la que buena parte del país se encontraba aislado geográficamente de la capital y otro grupo importante no se acercaba a los hospitales, debido a su condición económica, social y educativa. Años más tarde, con la apertura y el funcionamiento del INR aumentó el número de pacientes y de las patologías como el cáncer de cuello uterino, lo que lo condujo a revisar sus posiciones en este tema.

Lo cierto es que el funcionamiento de este primer Servicio de Radium constituye un avance en la vida hospitalaria a principios del siglo xx en Colombia. En su informe de 1931, Esguerra

daba cuenta de la existencia de 141 cubiertas [carpetas] grandes, convenientemente rotuladas, numeradas y clasificadas, donde se guardaban todos los documentos científicos [historias clínicas] de los enfermos que habían sido tratados con *radium* en los 42 meses de funcionamiento del Servicio. De cada enfermo se tenían, además de varias fotografías, las biopsias, los exámenes de laboratorio, las radiografías y una historia clínica detallada y completa. Los datos recogidos en el informe de Esguerra sobre la atención de estos pacientes pueden observarse en la tabla 3, y en la tabla 4 se incluyen los datos de casos de cáncer registrados entre 1927 y 1930, según su localización.

Además del Servicio de Radiumterapia del San Juan de Dios, en 1930 tuvo lugar la apertura de un Servicio de Radioterapia en el Hospital de San José. En su informe, Esguerra analiza el impacto que tuvo la apertura de ese servicio en relación con el movimiento de pacientes en el San Juan de Dios:

Tabla 3. Resumen del informe de Esguerra sobre pacientes tratados con *radium*

	1927 (6 meses)	1928	1929	1930	Total
Cáncer	19	23	13	13	68
Escleromas	7	8	17	11	43
Varios	4	13	4	9	30
Total	30	44	34	33	141

Tabla 4. Datos de cáncer registrados, 1927-1930

	1927 (6 meses)	1928	1929	1930	Total
Cáncer de la cara	15	18	12	11	56
Cáncer del cuello uterino	2		1	2	5
Cáncer de los grandes labios	1	1			2
Cáncer de la uretra		1			1
Cáncer de la lengua		1			1
Cáncer del paladar		1			1
Cáncer del piso de la boca		1			1
Cáncer de la piel del antebrazo	1				1
Total	19	23	13	13	68

Fuente tablas 3 y 4: reelaboradas con base en Esguerra (1933, 953).

La columna horizontal [sic] de este primer cuadro [Tabla 3 de este libro] que se refiere al cáncer, muestra una disminución considerable del número de irradiaciones en 1929 que se explica por la selección rigurosa que hicimos de los casos tratables para poder concentrar actividades sobre el crecido número de escleromas que cayeron en nuestras manos. Pero lo natural hubiera sido que volvieran a aumentar los cancerosos en 1930, y vemos en la cuarta casilla que fueron los mismos 13 enfermos del año 29; debióse esto a la competencia que vinieron a hacerle a los suelos de San Juan de Dios las camas del Servicio de Radiumterapia que abrió el Hospital de San José, en mayo de ese año de 1930. El aumento creciente de los escleromas, que se aprecia en la segunda columna horizontal [sic] del cuadro número 1 [Tabla 3 de este libro], se detiene también en 1930 por los enfermos que fueron a buscar hospitalización en San José. (Esguerra 1933, 948)

LOS PRIMEROS ESTUDIOS SOBRE EL CÁNCER Y SU TRATAMIENTO

Entre los años finales del siglo XIX y los primeros decenios del XX, en Colombia, las mentalidades anatomoclínica y etiopatológica —y también la fisiopatológica— encontraron en el microscopio un respaldo fundamental para la investigación y la práctica médicas, lo cual ya estaba sólidamente establecido en los países centrales. Para la primera de esas mentalidades, en particular, el microscopio constituyó una herramienta fundamental en el diagnóstico histológico y su correlación con la clí-

nica. Por ello no pocos médicos colombianos formados en estos paradigmas y mentalidades señalaban que la ausencia de este dispositivo constituía una seria limitación para implementar en su práctica diagnóstica y terapéutica el conocimiento teórico que se había alcanzado en el campo de la patología general, y específicamente en la del cáncer.

Para Rita Sierra, médica e historiadora que ha incursionado en los llamados estudios de centro y periferia, el doctor Juan A. Fortich, nacido en Cartagena, fue uno de los primeros galenos que llamó la atención, a finales del siglo XIX, sobre la necesidad del estudio microscópico para el diagnóstico certero del cáncer,



Microscopio antiguo.

www.publicdomainpictures.net

específicamente de un caso de cáncer de la glándula parótida. Fortich no era el único que expresaba esta necesidad, pues por la misma época el doctor Pedro Cruz señalaba que «el microscopio es el medio adecuado para identificar la naturaleza de los tejidos y de las lesiones, único medio suficiente en la mayoría de los casos para disipar cualquier duda» (Sierra et al. 2013, 166). Unos años más tarde, la necesidad del microscopio para el diagnóstico del cáncer continuaba expresándose por boca de figuras de primera línea de la medicina nacional, como fue el caso del doctor José María Lombana Barreneche, partidario firme de la clínica clásica de origen francés, pero que ya se ubicaba con argumentos sólidos en el terreno de la medicina de laboratorio.⁵ En efecto, en 1918, en el marco del Tercer Congreso Médico Nacional, reunido en Cartagena, Lombana Barreneche no solo definió el cáncer de estómago como una entidad patológica muy importante, cuyas manifestaciones estaban en relación con la extensión y la profundidad de las lesiones, sino que llamó la atención sobre la centralidad que seguía teniendo la clínica clásica para su diagnóstico: «El aspecto general del enfermo es un dechado en el cual el clínico sorprende muchos rastros importantes: la expresión, el tinte, la demacración» (Lombana 1920, 91). Un año después, en 1919, en el Cuarto Congreso Médico celebrado en Tunja, el médico barranquillero, Jorge E. Calvo, reiteraba las bondades de la clínica al tiempo que denunciaba las dificultades que conllevaba no contar con mi-

⁵ Lombana Barreneche fue candidato a la presidencia de la República por el Partido Liberal en 1918 frente a Marco Fidel Suárez, candidato del Partido Conservador y portaestandarte de la política del *respite pollum*, la de tener la mirada siempre fija en los Estados Unidos.

croscopios: «Honestamente hemos de confesar que en los casos a que vamos a referirnos no hubo análisis histológico y que el diagnóstico se hizo tomando en cuenta únicamente las características clínicas del tumor». A estas enunciaciones se sumó la aseveración del profesor Alonso Restrepo Moreno: «lamentaré siempre no haber hecho practicar el examen microscópico ya que carecía yo de medios y de conocimientos suficientes para ello» (Sierra et al. 2013, 167). Estos testimonios indican que el dominio del cáncer sirvió en Colombia de espacio idóneo y relativamente temprano para el diálogo y la colaboración entre el paradigma anatomoclínico y el de la medicina de laboratorio, así como para el avance de esta última.

Solo en la segunda década del siglo xx, y especialmente en Bogotá, el microscopio se comenzó a usar de forma sistemática en el diagnóstico del cáncer. Y, precisamente, Alfonso Esquerro Gómez, en 1920, lo empleó en la tesis titulada *Cáncer del cuello uterino* para aspirar al título de doctor en medicina y cirugía en la Facultad de Ciencias Naturales y Medicina de la Universidad Nacional. Dicho trabajo fue el primer estudio sistemático de esta enfermedad con diagnóstico histopatológico del que se tiene noticia, siempre en correlación con el examen clínico. Luego, en 1927, Guillermo Camacho produjo una tesis denominada *Diagnóstico histopatológico de los tumores de estómago*, sobre la base de 92 preparaciones, 33 inclusiones y 28 microfotografías obtenidas en el Laboratorio de Histología de la Facultad de Medicina, las cuales provenían de pacientes con cáncer tratados en los hospitales San Juan de Dios y San José y en la Casa de la Salud de Marly (Camacho 1927). Como conclusión de su trabajo, Camacho destacó la necesidad de «tener al lado de las salas de cirugía un pequeño laboratorio, en donde se hiciera rápidamente el diagnóstico de las biop-

sias» y llamó la atención sobre la importancia de apuntar los casos confirmados por la cirugía y los analizados desde el punto de vista anatomopatológico en las historias clínicas (Sierra et al. 2013, 168).

El doctor Pedro Cruz señalaba que «el microscopio es el medio adecuado para identificar la naturaleza de los tejidos y de las lesiones, único medio suficiente en la mayoría de los casos para disipar cualquier duda».

Pero el microscopio también abrió un intenso debate sobre las posibilidades de encontrar los agentes etiológicos del cáncer. Desde finales del siglo xix, los médicos colombianos habían comenzado a discutir esta posibilidad, influidos especialmente por la teoría del germen que hacía furor en Europa y los Estados Unidos. En esta línea, Pedro Jaramillo, en su tesis titulada *Cáncer de seno*, presentada en 1923, señaló:

Las diversas opiniones de los histologistas al respecto se acomodan en dos categorías, según defiendan el origen parasitario de los tumores o el origen celular [...]. Se ha pensado [para el origen parasitario] en las bacterias, en los

esporozoarios y en los hongos; pero a pesar de las muchas investigaciones que se han hecho, nada hasta ahora prueba de una manera cierta que los parásitos tengan parte en la patogenia de los tumores. (Jaramillo 1923, 15)

Un trabajo del médico Manuel Sánchez Herrera, denominado *La reacción de Abderhalden en el diagnóstico del cáncer*, fechado en 1929, intentó probar la relación entre esta enfermedad y alimentos como la carne de cerdo; pero al final terminó por descartar cualquier relación de causalidad. Lo que sí evidenció su trabajo fue la preocupación por cuantificar el comportamiento del cáncer, campo que iba tomando fuerza en la medicina colombiana. Desde esta perspectiva Sánchez afirmó:

El cáncer, por su gravedad, por su frecuencia y por la mortalidad que ocasiona, constituye uno de los grandes flagelos del hombre. En Colombia podemos parangonarlo con el alcoholismo, las sífilis, la tuberculosis y la lepra. Se ha calculado en más de 500.000 el número de individuos que mueren anualmente en el mundo por esta enfermedad; entre nosotros podemos asegurar que por lo menos 2.000 colombianos pagan anualmente con su vida el tributo del cáncer. (Sánchez 1929, 11)

Con el propósito de consolidar una «estadística nacional» del cáncer, Sánchez había enviado circulares a las direcciones departamentales de higiene y a los principales hospitales de la República solicitando los datos de los últimos cinco años sobre esta enfermedad. Con la información obtenida, construyó un cuadro que incluía datos entre 1924 y 1927 y buscó recursos en la Dirección Nacional de Higiene y en la Contraloría General de

la República para afianzar los estudios desde esta perspectiva cuantitativa (Sánchez 1929, 17).

En 1933, *ad portas* de la fundación del INR, la tesis denominada *Diagnóstico anatomoclínico de algunas neoformaciones gástricas*, presentada también en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional por el doctor César Tello —quien fue ayudante de Anatomía Patológica de Juan Pablo Llinás, importante figura en el proceso de fundación del INR—, daba cuenta de la persistencia y la vigencia de la mirada anatomoclínica en el campo del cáncer. En su trabajo, Tello incluyó las observaciones realizadas en diecisiete casos de pacientes del Hospital San Juan de Dios afectados por esta patología y afirmó:

De las anteriores consideraciones se desprende el valor verdaderamente importante de la anatomía patológica, cuyo papel, para confirmar en unos casos un diagnóstico clínico y en muchos otros para resolverlo, difícilmente es llenado por otra ciencia. Las fotografías y microfotografías con que hemos ilustrado este trabajo demuestran prácticamente que la anatomía patológica no es, como muchos piensan, una ciencia abstracta, difícil de abordar; unida a la clínica, la ciencia de las lesiones constituye en efecto, un conjunto armonioso, indispensable para la práctica de la medicina y la cirugía. (Tello 1933, 10)

Un llamado similar, esta vez en el sentido de no perder la perspectiva anatomoclínica ligada a la histopatología, hizo en 1934 el ya citado Manuel Sánchez Herrera, en ese momento patólogo del Hospital San Juan de Dios, al señalar en un artículo titulado «Una necesidad inaplazable», que el examen histológico-patológico no era aún una práctica generalizada en el gremio

médico colombiano y que era urgente la reorganización inmediata que reclamaba la Sección de Anatomía Patológica del Laboratorio Santiago Samper (Sánchez 1934, 763). Las deficiencias en este sentido eran significativas, según afirmaba Sánchez:

La historia de nuestros exámenes histopatológicos es casi nula o si existe es incompleta y de muy escaso valor científico. A estas horas del siglo xx no tenemos un verdadero anfiteatro en el hospital, ni en la Escuela de Medicina, ni en parte alguna de Bogotá. Tampoco podemos decir que contamos con un laboratorio debidamente montado, especialmente en lo tocante a la investigación y a la enseñanza. (Sánchez 1934, 763)

A la necesidad de un mejor laboratorio se sumaban otros requerimientos como la constitución de una biblioteca actualizada y la suscripción de esta a revistas especializadas:

Al presente ya hay una colección de 30 casos que están a la orden de quien quiera observarlos. Es un material precioso para la enseñanza. Desde todo punto de vista, es conveniente contar con una pequeña biblioteca y con la suscripción de dos o tres revistas de anatomía patológica. (Sánchez 1934, 764)

Este conjunto de tesis y trabajos de investigación constituyen un indicador del interés que tenían los médicos colombianos, especialmente los que acababan de cumplir su ciclo de formación universitaria, en lo que podría llamarse la naturalización del laboratorio en la labor clínica y asistencial, así como en lo que se relacionaba con el uso de la cuantificación de tipo estadístico, en el marco de los paradigmas médicos vigentes. Aun-

que estos esfuerzos mostraban deficiencias, desde la segunda década del siglo pasado Colombia contaba con tres elementos importantes para pensar seriamente en la creación de un instituto de *radium*. El primero estaba determinado por la existencia de un conocimiento básico sobre las propiedades del *radium* y sus usos en el campo médico; el segundo elemento era la disposición de una experiencia acumulada en el servicio de *radiumterapia* de los hospitales San Juan de Dios y San José, y, finalmente, se contaba con un camino expedito para avanzar, tanto en el tratamiento como en el estudio del cáncer, que arrojaba experiencias clínicas y epidemiológicas susceptibles de expresarse en recuentos estadísticos más o menos sistemáticos, tal cual lo demostraban la tesis de los estudiantes de medicina, así como la literatura que aparecía en las revistas médicas. Pero para acceder al momento efectivo de la fundación de dicho instituto fueron necesarios otros procesos y pasos más cruciales de carácter científico-médico, político y financiero.

LA CONEXIÓN FRANCIA-COLOMBIA

A pesar del desplazamiento de la medicina francesa por parte de la estadounidense de la vanguardia mundial, en los años veinte y treinta del siglo xx, Francia continuaba siendo un punto de referencia importante para los médicos colombianos, aunque los Estados Unidos también avanzaban en cancerología y atraían a quienes se interesaban en esta especialidad, cada vez más compleja y necesaria. Esto sucedía en el marco de una transformación radical de las ciencias físicas y naturales, como lo demuestran el auge de la física cuántica y la relatividad, en las primeras,

y de la genética y la citología, en las segundas; pero los ejemplos podrían multiplicarse. También en el campo de las tecnologías las transformaciones fueron radicales y la integración de estos avances científicos y tecnológicos en la medicina exigía la movilización del Estado y sus instituciones, al igual que la de la sociedad civil. Durante estos años se esboza la entrañable unidad entre ciencias y tecnologías que tiempo después se expresa en el concepto de *tecnociencias*: unas ciencias que se apoyan para su desarrollo en tecnologías sofisticadas y muy potentes y unas tecnologías que se nutren de las ciencias, esto es, de un elevado grado de abstracción y formalización matemática. Este proceso requería ingentes recursos financieros y organizativos, aunque también prometía enormes ganancias para la iniciativa privada.

En Francia no solo se habían producido los descubrimientos del *radium* y sus usos terapéuticos para el cáncer, sino que se había construido, en 1909, el primer instituto de *radium*, ubicado en París, el cual se convirtió muy pronto en referente internacional. En los años siguientes fueron surgiendo institutos nacionales de cáncer en otros países europeos, también en los Estados Unidos, cada uno con sus particularidades: el uno hacía hincapié en la investigación, el otro en lo asistencial, el de más allá en el diseño de políticas y su puesta en práctica, aquel en la financiación, y así sucesivamente.

Pero se debe señalar que en los años previos a la Primera Guerra Mundial se había producido un gran interés científico, técnico y terapéutico sobre el cáncer que se expresó en varias formas institucionales. Surgieron sociedades científicas para promover la investigación sobre esta enfermedad, como el Deutsches Komitee für Krebsforschung (1900), en Alemania; el Imperial Cancer Research Fund, en Gran Bretaña (1902), y en otros países europeos: Hungría, en 1906; Ucrania, en 1908;



La sala de preparación del radio en el Instituto de Radium de París.
Laboratorio de radiofisiología. Wellcome Collection. CC BY.

Medición de tubos de radio en el Instituto de Radium, París.
Wellcome Collection. CC BY.

Suecia, en 1910, y los Países Bajos, en 1913. En los Estados Unidos se creó la American Association of Cancer Research (1907), y en Japón, en 1908. Por estos años se esboza la creación de una organización supranacional, la Unión Internacional de los Pueblos contra el Cáncer, creada por los profesores Bouchard, de París, y Leyden, de Berlín, que empieza a promover encuentros internacionales: en Heidelberg (1906), en París (1910) y en Bruselas (1913). Aparecen también instituciones para su tratamiento especializado, pues hasta finales del siglo XIX estas eran prácticamente inexistentes, con excepción de Inglaterra. Toma fuerza la colaboración entre cirujanos y radioterapeutas en el interior de estas instituciones. En 1914 ya se encuentran centros anticancerosos en Estados Unidos (Nueva York, Filadelfia, Saint-Louis), en Gran Bretaña (cinco en Inglaterra, uno en Escocia y uno en Irlanda), en Alemania (Berlín, Heidelberg, Hannover, Münster, Bremen, Múnich, Luisburgo), también en Rusia (Moscú), en Suecia y en los Países Bajos (Pinell 2004, 202). Este movimiento fundacional en el ámbito del enfrentamiento del cáncer, que los médicos y los dirigentes del país debieron conocer, hace parte, necesariamente, de los antecedentes del INR de Colombia, que abrirá sus puertas en 1934.

Paradójicamente, la excepción en lo que tenía que ver con la relativa proliferación de centros anticancerosos era Francia, ya que los fundadores del Instituto de Radium, en particular Claude Regaud, eran partidarios de que existiese un solo instituto de carácter nacional, debido a las grandes exigencias técnicas y financieras para enfrentar el cáncer. Sin embargo, el desenlace de la Gran Guerra, la paz que retornaba, las nuevas instituciones y el avance de la enfermedad obligaron al Gobierno francés a emprender en los años veinte un programa de creación de centros secundarios, apoyado en sociedades



Instituto de Radium, París. Wellcome Collection. CC BY.



científicas y médicas. Fue importante el encuentro entre profesionales de la medicina, especialistas del cáncer y agentes del poder económico y político francés. Atendiendo a este contexto, y a pesar de sus apreciaciones iniciales, Claude Regaud comprendió las limitaciones de contar con una sola institución centralizada y años después, como director de la sección biológica del Instituto de Radium y de la Fundación Curie, contribuyó a la creación de nuevos centros anticancerosos. En este proceso fue importante también Justin Godart, diputado y ministro encargado varias veces de asuntos de salud, y tuvo un peso específico la vinculación de destacados personajes de las finanzas y la economía. Así mismo, fueron decisivas personalidades femeninas de diferentes orígenes, inspiradas, quizás, en la emblemática figura de Marie Curie. Un ejemplo modélico interesante de la participación de la sociedad en estas iniciativas, por fuera de Francia, lo constituía la American Society for the control of Cancer, creada en 1913. Allí desempeñaron un papel importante las compañías de seguros, las organizaciones femeninas, filantrópicas, culturales, deportivas y religiosas. Estas últimas asociaciones de la sociedad civil siempre han ejercido en Estados Unidos un rol determinante en la lucha contra el cáncer, como lo ha señalado Siddhartha Mukherjee (2011, 145-146) en su celebrado libro sobre esta enfermedad. El proceso francés pronto se convirtió en un ejemplo para distintos países como Polonia, España, Portugal, Bélgica, Argentina, Uruguay, Brasil, entre otros (Pinell 2004, 203). Y también lo fue para Colombia, como lo ha señalado Efraim Otero (1999).

En el periodo de entreguerras, el cáncer se consolida en las primeras posiciones de los «azotes» de la humanidad. Se hace evidente hasta la saciedad que para enfrentarlo se requieren equipos sofisticados y caros, competencias especializadas, una

organización sanitaria bien pensada y estructurada (además de una sociedad comprometida) para avanzar en su diagnóstico y tratamiento, al igual que necesariamente para el énfasis preventivo, educativo y en el sentido del diagnóstico temprano que se irá imponiendo desde el decenio de los treinta del siglo xx.

El Instituto de Radium de París —de alguna manera el modelo que siguió Colombia— merece una mención especial. Fue creado en 1909 por iniciativa de *madame* Curie con el apoyo de la Universidad de París y del Instituto Pasteur (sacrosanta institución de la ciencia francesa moderna), dirigido en ese momento por Émile Roux (1853-1933), heredero científico del propio Pasteur. De esta colaboración, el Instituto de Radium heredó un enfoque en la investigación y la innovación que se mantuvo en su desarrollo posterior. En 1919 se le agregó un dispensario-hospital para la labor asistencial, el cual fue terminado y entregado en 1922 a la Fundación Curie, creada sin ánimo de lucro y bajo la figura de utilidad pública para recaudar fondos a favor del instituto.⁶ Se inauguró solemnemente el 26 de diciembre de 1923, con motivo de los veinticinco años del descubrimiento del *radium* (Otero 1999, 24). Lo interesante, por su incidencia en el caso colombiano, es la adscripción del Instituto de Radium francés a la Universidad de París, lo que supone que este inicialmente estuvo más vinculado al campo de la investigación que

al asistencial. Y hay una explicación para ello. En el momento de la creación del instituto no existía un sistema de salud y de seguridad consolidado en Francia en el que pudiera inscribirse una función asistencial y hospitalaria, además de la investigativa. De hecho, un sistema con estas características solo cobra forma más tarde con la ley de seguridad social de 1930 y luego con el aseguramiento estatutario en salud de 1945. En otras palabras, el carácter científico y experimental del *radium* y sus usos médicos, así como la apenas esbozada estructuración de un sistema de salud vía seguridad social en el caso francés, determinan el encuadre del instituto de los Curie dentro del ámbito educativo, más que en el de la salud. Algo similar a lo que ocurrió en Colombia.



Pasta Colombia, creada por Alfonso Esguerra Gómez para facilitar la aplicación de la radiación en los enfermos de cáncer.

6 Justamente en ese año de 1922, en este lado del Atlántico, se fundó el Instituto de Radium de Belo Horizonte, en la capital del estado de Minas Gerais en Brasil, el cual comenzó a funcionar de la mano de la Facultad de Medicina de la universidad de ese estado. En 1929 se abrió un instituto similar en São Paulo, sostenido por la filantropía y operado por el Hospital Central da Santa Casa da Misericórdia de São Paulo.

Ahora bien, el médico Émile Roux, en cabeza del Instituto Pasteur, no solo fue vital para la creación del Instituto de Radium de París, sino que invitó a trabajar allí a su antiguo alumno Claude Regaud, un médico lionés que sirvió como vínculo personal y político entre Francia y Colombia en la creación del INR. Del lado colombiano, el primero en establecer una relación con Regaud fue el médico Alfonso Esguerra quien, como ya se mencionó, llegó a la Fundación Curie en 1921. Una vez instalado en París, Esguerra fue testigo del uso del *radium* en el tratamiento del cáncer, y justo antes de su regreso a Colombia presenció el abandono de los tubos con radón-emanación y la introducción



Pierre Paul Emile Roux. Fotografía: Pierre Petit. Wellcome Collection. CC BY.

de tubos o agujas metálicas con cargas precisas para tratamientos superficiales o intracavitarios. Al mismo tiempo, trabajó en fisiología experimental en el Laboratorio Lapicque (Otero 1999, 19), lo que permite también hablar de él como uno de los introductores de la mentalidad fisiopatológica y de la medicina de laboratorio en el país.

Pero más que un testigo y aprendiz de estos desarrollos, Esguerra hizo un aporte significativo a la terapéutica del cáncer en aquella época, al crear la *pasta Colombia*, por encargo de Regaud. Se trataba de una mezcla de parafina, cera de abejas y aserrín muy fino, la cual debía ser suficientemente moldeable para aplicarse en caliente sobre la piel y el tumor del paciente y allí fijar las agujas de *radium*, a fin de evitar su movimiento y garantizar una dosis de radiación adecuada. La pasta, además, debía poder removerse cada cierto tiempo para apreciar los efectos de la terapia. La utilidad de la pasta Colombia, llamada así por decisión del propio Esguerra, fue reconocida como aporte significativo para el tratamiento del cáncer en un congreso-exposición en Estrasburgo, llevado a cabo en 1923; en el Palacio de los Descubrimientos, en París, en 1937, y en el Segundo Congreso Interamericano de Radiología de La Habana, en 1946 (Otero 1999, 23-24).

El regreso de Esguerra a Colombia y su incorporación al Hospital San Juan de Dios coincidieron con el ascenso internacional de la figura de Regaud, quien fue invitado a presentar sus avances sobre la *radiumterapia*, e incluso a atender a reconocidas personalidades diagnosticadas con cáncer en varios países del mundo. Como parte de sus numerosos viajes, Regaud llegó en 1928 a Perú por invitación del Gobierno de aquel país, y durante su estadía en Lima se abrió la posibilidad de una visita posterior a Colombia. Gracias a la gestión adelantada por Al-

Colombia— Jueves 8 de Noviembre de 1928

ER SIGUIO EL BATE SOBRE CATATUMBO

ESION SECRETA

parlamentarios sostiene que es necesario re-
er el punto de la
ntera en el Río de
ro—Un programa

misión de la mesa del senado
er porción de una verdadera
El relato de la sesión secreta,
a en todas sus partes, que pu-
dejó estupefactada a la pre-
El doctor Uribe ordenó que
ra cuidadosamente debajo de
res, detrás del solio, encima
lo de vidrios, en todas partes
e un cronista de EL TIEMPO
podría ocultarle. El doctor U-
ó hasta declarar en voz alta
a introducir un micro por el
castigara con prisión de 2 a 4
periodista que revelara una se-
reta. Con esto queda dicho
abajo le costaría a nuestro
conocer la sesión de ayer. Sin
como es muy hábil, algo pa-
que fue lo siguiente:

is de la exposición del doctor
a, acerca de la importancia que
ra Colombia conservar en es-
reserva nacional las fuentes
eo del Catatumbo, zona extra-
grandísima importancia para
futuro desarrollo; de intensifi-
colonización, mediante la adju-
de baldíos y el establecimien-
autoridades activas, inteligentes
dotadas, respaldadas por un
suficiente de policía de fronte-
lo posible un destacamento,
ue se hicieron algunas conside-
también acerca de la impor-
ue pudiera tener para el esta-
(continúa en la novena página)

LLEGO AYER A BOGOTA EL PRO- FESOR-REGAUD

DETALLES DEL VIAJE

Al profesor se le han hecho
durante todo su viaje gran-
des homenajes — Dicta-
rá en esta ciudad va-
rias conferencias.

Desde anoche es huésped de honor
de esta ciudad, el ilustre profesor fran-
cés, Claudio Regaud, quien viene acom-
pañado de su señorita hija, doña Mar-
garita.

A continuación damos el detalle com-
pleto del viaje que el profesor realizó
por tierras colombianas y de los hono-



Profesor Regaud

res que se le tributaron.

En Buenaventura

El miércoles pasado (31 de octubre)

fonso Esguerra ante el Gobierno del presidente Miguel Abadía Méndez y con el apoyo que le brindaron el ministro de Educación, José Vicente Huertas; el embajador de Colombia en Lima, Fabio Lozano y Lozano, y el ministro plenipotenciario colombiano en París, el general Alfredo Vásquez Cobo, Regaud aceptó viajar a Colombia arribando desde el Perú al puerto de Buenaventura el 31 de octubre de 1928. Luego de una corre-
ría por Cali y Popayán, el médico francés se dirigió a Bogotá, donde cumplió una apre-
tada agenda entre el 7 y el 21 de noviembre, que incluyó conferencias en la Facultad
de Medicina, discusiones de casos en los hospitales San Juan de Dios, La Misericordia
y San José, así como en dos clínicas privadas, además de charlas en la sede de la Cruz
Roja, el Teatro Colón y la Academia Nacional de Medicina.

Regaud concluyó su visita a Colombia, en compañía de su hija, en los últimos días
del mes de noviembre, y se llevó una impresión muy positiva sobre el país y su me-
dicina, pese a que advertía sobre lo inconveniente que podría ser la influencia de la
política partidista sobre esta última. En su despedida, en un acto en el Hotel Regina
de Bogotá, pronunció un discurso en el que respondió a las palabras que le había dedi-
cado antes el ministro de Educación, José Vicente Huertas, así como a la acogida que
le habían brindado los médicos y las élites políticas y gubernamentales del país. Pero
lo realmente importante de su intervención fue que en ella esbozó los planes para la
constitución del Instituto de Radium que soñaban Esguerra y otros médicos, así como
algunos políticos y miembros de la élite dirigente.

Solo unas semanas después del regreso de Regaud y su hija a Francia, Colombia
vivió uno de los acontecimientos más dramáticos de su historia en la primera mitad
del siglo xx. El 6 de diciembre de 1928 se produjo la masacre de las bananeras, un hito
que no solo develó los conflictos laborales entre los trabajadores, el Estado y la United
Fruit Company en la región de Magdalena, sino que sacó a la luz las profundas ten-
siones de un proceso de modernización económica que privilegiaba la intervención
estatal en la economía, descuidaba la intervención en lo social, favorecía el capital

Claude Regaud visitó Colombia, acompañado de su hija, y dictó
varias conferencias en distintas ciudades. La prensa registró en lugar
destacado este evento. *El Tiempo*, noviembre 8 de 1928.

estadounidense en el marco de la doctrina del *respice polum* de Marco Fidel Suárez y se mostraba proclive a manejar las tensiones sociales apelando a procedimientos poco civilistas. En efecto, la creciente actividad reivindicativa de campesinos y trabajadores, en el contexto de un aparato productivo pobremente desarrollado, fue respondida con el fuego de las armas oficiales. Este desenlace propició el triunfo del Partido Liberal en las elecciones de 1930, que marcó el fin de una hegemonía conservadora de casi medio siglo. A propósito, vale la pena citar la comunicación diplomática entre el embajador de Estados Unidos en Colombia, Jefferson Caffery, y el Departamento de Estado de ese país:

Honorable
Secretario de Estado
Washington

Señor:

En referencia a mi anterior reporte sobre la huelga de Santa Marta, y con especial referencia relacionada a mi despacho N° 55, del 29 de diciembre, tengo el honor de reportar que el representante de la United Fruit Company me contó ayer que el número total de huelguistas asesinados por el ejército colombiano supera los mil.

Tengo el honor de ser, Señor,
Su obediente sirviente,
Jefferson Caffery⁷

El episodio de las bananeras coincidió, en cierta medida, con el inicio del pago de la indemnización de los Estados Unidos a Colombia por la pérdida de Panamá. Si bien estos recursos parecieron generar optimismo en el país durante los años veinte y treinta, esos veinticinco millones de dólares fueron insuficientes para cubrir las grandes necesidades económicas para obras públicas y sociales. Y menos aún si se tiene en cuenta que estaba vigente la contradicción estructural que ha determinado la historia posterior del país generada por un modelo a la vez agroexportador e industrializador que resultó excluyente y agudizó conflictos sociales y laborales. El régimen político du-



Líderes de la huelga durante la Masacre de las Bananeras. De izquierda a derecha: Pedro M. del Río, Bernardino Guerrero, Raúl Eduardo Mahecha, Nicanor Serrano y Erasmo Coronel, 1928. Autor anónimo.

7 <https://www.las2orillas.co/informe-de-la-cia-sobre-la-masacre-de-las-bananeras-mas-de-1000-huelguistas-asesinados/> Consultado el 1.º de febrero de 2020.

rante aquellos años seguía atrapado en un bipartidismo escasamente democrático y reacio a la concertación entre los grupos de poder y entre estos y los sectores populares, lo que entrabó aún más la consolidación de las instituciones estatales. La historia del INR también se desarrollará, en algunos momentos, bajo este tipo de presiones que pueden parecer como ajenas y externas, pero que actúan por encima de los deseos subjetivos.

Una vez Regaud regresó a Francia, escribió varias cartas e informes al Gobierno colombiano, particularmente al ministro Huertas. En el marco de esa correspondencia quedaron plasmados tres hechos significativos para la constitución efectiva del INR en Colombia. El primero fue la expedición de la Ley 81 de 1928, con la cual se creaba el INR. Esta había sido sancionada justo durante la estadía de Regaud en Bogotá, el 13 de noviembre de 1928, y fue mencionada en sus informes y cartas como el punto de partida de la nueva institución. La norma, por demás escueta, establecía en sus primeros tres artículos la aprobación de un auxilio para la realización del Congreso Médico Nacional en Barranquilla y solo en su artículo 4.º se refería al Instituto de Radium en los siguientes términos: Artículo 4. Créase el Instituto Nacional de Radium, el cual funcionará como dependencia de la Facultad de Medicina de Bogotá. Parágrafo: El gobierno adquirirá una cantidad de *radium* equivalente a la suma de treinta mil pesos (30 000) los cuales se votan en la presente Ley, y además se destina la suma de cuarenta mil pesos (40 000) para el establecimiento y organización del mencionado instituto. La ley fue firmada por el presidente del senado Antonio José Uribe, por el presidente de la Cámara, Pedro Juan Navarro, por el Secretario del Senado, Julio Portocarrero y por su homólogo de la Cámara, Fernando Restrepo Briceño, con la sanción presidencial de Miguel Abadía Méndez y la firma del ministro

de Educación, José Vicente Huertas. Sin embargo, ella no entró en funcionamiento por la coyuntura que viviría el país por el conflicto con el Perú.

El segundo hecho fue la visita a París del «rector» de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional, Pompilio Martínez, a principios de 1929, con el propósito de definir los planes para la creación del INR en Bogotá, así como los términos de su relación con el Instituto de Radium francés. Adicionalmente, Martínez debía desarrollar otras tareas: la compra de *radium* y de aparatos para la *roentgenterapia*; la definición de las condiciones para la formación de tres jóvenes médicos colombianos en estos temas y su aplicación terapéutica; la organización de la Casa Colombia en la Ciudad Universitaria de París y la celebración de convenios para el intercambio de profesores entre los dos países (Otero 1999, 31). El costo del viaje de Martínez y los gastos de transporte y estadía de un primer becario colombiano en Francia,⁸ el doctor Ruperto Iregui, se descontaron de los recursos dispuestos por la Ley 81 de 1928. Después de Iregui viajaron al Viejo Continente, en 1929, también en calidad de becarios, los doctores Juan Pablo Llinás y Alfonso Flórez. El tercer hecho fue la elaboración de un informe por parte de Regaud, en el que se establecían los lineamientos para la nueva institución, el cual fue enviado en mayo de 1929 al Gobierno colombiano. Allí se proponía la creación de un instituto ubicado en Bogotá, único y no múltiple, centralizado, votado y aprobado por el Congreso de

8 *Becario* es el término que usa Efraim Otero para traducir la palabra francesa original *stagiaire*, que se utiliza en los documentos y cartas provenientes de Claude Regaud. En francés alude a la persona que cumple un *stage*, es decir, la permanencia en un sitio o institución con fines de entrenamiento profesional.

la República y sostenido con fondos del Estado. Regaud sugirió que se erigiera en los terrenos del Hospital San Juan de Dios y que su director fuera el profesor Alfonso Esguerra, una propuesta comprensible, pero que provocaría tensiones más adelante.

Otra de las recomendaciones de Regaud era que, si bien se podría contemplar la extensión de la radioterapia a otras enfermedades diferentes al cáncer, el instituto debía concentrarse de manera prioritaria y manifiesta en esta enfermedad. Planteaba con toda claridad que la nueva entidad no debía tener competencia por parte de instituciones privadas, es decir, que se debía privilegiar su funcionamiento como un ente público, a cargo del Estado y con jurisdicción nacional. Y las razones para ello no eran menores. Si bien el médico francés preconizaba el respeto al libre ejercicio de la medicina y su carácter liberal, considera-

ba que una competencia con ánimo de lucro por parte de privados generaría una pérdida de clientela particular para el nuevo instituto, así como el detrimento de la actividad científica, su desfinanciación y la reducción de su campo de acción solo al tratamiento de personas indigentes. En palabras de Otero, para Regaud el carácter público del instituto no debía minar su independencia frente a la dinámica política o corporativa:

El instituto debe ser único en su género, verdaderamente nacional y estar libre de influencias de grupos políticos o de grupos médicos; su director y sus radioterapeutas deberán estar muy por encima de cualesquier conflicto de interés, admitiendo que ello no será fácil de lograr en la práctica. (Otero 1999, 32)



Sala de cirugía y laboratorio en el INR.

Fotografías: Archivo INC.

En términos específicos, la propuesta de Regaud enunciaba el establecimiento de servicios técnicos y administrativos para el examen clínico, el tratamiento y la hospitalización de los pacientes; la creación de laboratorios (de física radiológica dirigido por un físico, de histología y anatomía patológica, de hematología y serología, de bacteriología, de radiodiagnóstico y de fotografía); la definición de una sección de secretariado y archivos; la creación y dotación de los servicios de *radium* y rayos X; el listado de la planta de personal requerida (director, jefes de laboratorio, radioterapeutas, clínicos de las distintas especialidades, así como sus cualidades técnicas y éticas); las pautas para la organización administrativa y la propuesta de un plan de construcción, además de plantear indicaciones generales para la relaciones entre el instituto de Bogotá y el de París. En el documento de Regaud se hacía evidente la pretensión de dominio del instituto francés sobre el colombiano, al proponer que ciertas decisiones se tomaran desde París. El siguiente extracto de su informe, de 1929, transcrito en 1946 por los doctores Pantoja y Esguerra, da cuenta de ello:

El Instituto de París deberá obtener, a cambio de su patronato, la certeza de que el espíritu del establecimiento filial está conforme con su propio espíritu y no dejará de estarlo. Aprobación por el Instituto de París de la constitución o del estatuto que deberá regir al Instituto de Bogotá, aceptación del primer Director y de los sucesores que designen las autoridades colombianas, organización de un canje de visitas periódicas y de informes científicos entre los dos establecimientos. El Instituto de París pedirá, además, que la afiliación no sea considerada oficialmente sino tres años después de que inicie labores el Instituto de Bogotá, previa la visita

a éste de un delegado de la Fundación Curie. (Regaud 1929, citado en Pantoja, Esguerra y Borrero 1946)

Al final, la creación del instituto tomó un curso un tanto diferente al imaginado por Regaud, pues las condiciones económico-sociales del país, así como las idiosincráticas y culturales ligadas a una manera histórica de hacer política macro y micro y de manejar disensos y consensos, influyeron en el proceso de su fundación y en su desarrollo durante los primeros decenios de funcionamiento. A pesar de las tensiones derivadas de este contexto, ni se frenó su consolidación progresiva ni su accionar positivo para el cumplimiento de la misión institucional que se le había encomendado al INR.

EL PAPEL DE LA GUERRA Y LAS DISPUTAS SOBRE LA INSTITUCIONALIZACIÓN DE LA LUCHA CONTRA EL CÁNCER

El efecto de la masacre de las bananeras, la muerte de estudiantes universitarios el 7 y 8 de junio de 1929 —dentro de quienes se encontraba el estudiante de medicina Uriel Gutiérrez— y las condiciones de la lucha bipartidista contribuyeron al regreso de los liberales al poder en 1930. Estos acontecimientos obligaron a aplazar la fundación del INR hasta 1933, a pesar de que ya existía un acto administrativo que le había dado vida en el papel (la Ley 81 de 1928) y un proyecto que había sido concebido por el profesor Claude Regaud.

Entre tanto, en 1931, una misión médica francesa llegó a Colombia para visitar las escuelas de medicina y los hospitales

existentes, valorar su situación y formular recomendaciones para poner la medicina del país en la ruta de la modernidad. Estaba integrada por Louis Tavernier, profesor de la Facultad de Medicina de Lyon; Paul Durand, subdirector del Instituto Pasteur de Túnez, y el célebre anatomista André Latarjet. Una misión que, por su composición, Efraim Otero habría podido calificar como otra «gran obra de la medicina francesa en Colombia», aunque no de la importancia y la perduración del INR. Dentro de las recomendaciones de esta misión se incluyó la creación del Diplomado en Estudios Radiológicos, el cual podría ofrecer el Laboratorio de Radiología del Hospital San Juan de Dios y que serviría como punta de lanza para el proyectado instituto de *radium* del país. La sugerencia de crear este diplomado de estudios superiores en radiología se inscribía en el debate que ya se estaba dando en torno a la necesidad

La obra diplomática del presidente Reyes.

El Modus-Vivendi con el Perú. Zonas de ocupación de Colombia y del Perú sobre el Putumayo conforme á lo acordado por el protocolo de 18 de se[p]tiembre de 1905. Francisco Javier Vergara y Velasco, 1905.



de normalizar algunas especialidades médicas. La de electro-radiología, con profundización en el diagnóstico anatomoclínico (o anatomopatológico) de los tumores, consistía en una pasantía de tres meses en el Servicio de Radiología y se erigía como una orientación inicial para crear otras especialidades (Latarjet et al. 1931, 79).

Esta misión francesa planteó también otras recomendaciones relacionadas con la *radiumterapia* para ser incluidas en una reforma al plan de estudios de la Facultad de Medicina y Ciencias Naturales de la Universidad Nacional. Por ejemplo, sugería que para enseñar radiología y radioterapia profunda debían impartirse cursos teóricos de física biológica, radiología y fisioterapia durante el tercer año de formación médica, y cursos teóricos y clínicos de *radiumterapia*, en el quinto año. A pesar de la importancia de estas recomendaciones de la misión, estos cursos solo se incorporaron en los planes de estudio de la Facultad en 1954, cuando ya tenía veinte años de funcionamiento el INR (Márquez 1954).

Ahora bien, más allá de los avances normativos y curriculares en materia de radiología y *radiumterapia* en el país y otros factores del campo de la medicina y la educación médica, la creación definitiva del INR parecía necesitar la fuerza de un empujón político proveniente de un acontecimiento ajeno al campo médico, que resultó ser la guerra con el Perú. Esta conflagración se inició en 1932, a causa de un litigio limítrofe espoleado por la explotación del caucho en la Amazonía, y se extendió hasta 1933, siendo catalogada como el mayor conflicto internacional de la historia de Colombia. Las acciones militares se iniciaron el 1.º de septiembre de 1932, cuando cerca «de 230 peruanos loreanos vestidos de civil asaltaron Leticia, apresando al Comisario del Amazonas [...] a otras autoridades

civiles y a los 15 agentes de policía, a quienes deportaron al puerto brasileño vecino de Benjamín Constant» (Sotomayor 1994, 20). En este contexto, el 11 de octubre se aprobó la Ley 12 de 1932 para emitir un empréstito interno, llamado *patriótico*, por diez millones de pesos para la defensa del país, con los cuales se pretendía comprar barcos armados en Francia que permitieran acceder por la vía del Atlántico y del río Amazonas hasta Leticia.

En medio del fervor nacionalista, también se sancionó la Ley 33 del 19 de noviembre de 1932, por medio de la cual se facultó al Gobierno para invertir el sobrante del Empréstito Patriótico para «auxiliar instituciones de beneficencia o de protección social en la forma que el mismo gobierno determine». En el desarrollo de esa iniciativa fue fundamental la figura del médico José Vicente Huertas, egresado de la Universidad Nacional. Huertas se había formado en ginecología en Gran Bretaña, había pasado por la Facultad de Medicina de París, había sido cónsul en Liverpool y, posteriormente, ministro de Educación durante el Gobierno de Miguel Abadía Méndez (1926-1930). En la coyuntura de la guerra, Huertas fue nombrado general del contingente de salud en el Amazonas, y una vez terminado el conflicto, el Gobierno de Enrique Olaya Herrera lo nombró director general de Sanidad y le encargó la creación del INR. En cumplimiento de este encargo y ante la falta de reglamentación de la Ley 81 de 1928, Huertas envió al presidente una carta fechada el 8 de febrero de 1933 y firmada por miembros del cuerpo médico de Bogotá y por otras personalidades, como Marco Iriarte, presidente de la Junta de Beneficencia de Cundinamarca, y los becarios Juan Pablo Llinás, Alfonso Flórez y Ruperto Iregui, en la que le recordaban al primer mandatario la urgencia de ejecutar esta ley.

La reacción del Gobierno fue rápida y llevó a la expedición del Decreto 984 del 22 de mayo de 1933, «por el cual se fomenta la creación de un Instituto Nacional de Radium». Siguiendo la ley de 1928, este decreto establecía la composición de la junta directiva del instituto, integrada por el ministro de Hacienda y Crédito Público, Esteban Jaramillo; el director general de Sanidad, José Vicente Huertas; el «rector» de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional, Jaime Jaramillo Arango; el presidente de la Junta de Beneficencia de Cundinamarca, Marco Iriarte, y los becarios Ruperto Iregui, Juan Pablo Llinás y Daniel Brigard, quien tendría las funciones de secretario de la junta. Todos ellos prestarían sus servicios *ad honorem* y su encargo principal sería la fundación del instituto. La creación de la junta directiva generó tensiones y conflictividades ya que los jóvenes becarios en realidad recibían sueldos, viáticos y recursos y se les consideraba parte de la «rosca» del doctor Huertas.



Esteban Jaramillo (centro), ministro de Hacienda, 1936.
Setenta años de cáncer en Colombia, 1999, p. 47.

Pero el hecho más significativo fue la exclusión del doctor Alfonso Esguerra de la junta directiva, que contravenía lo expresado por Claude Regaud en su informe de 1929. Aunque muchos afirmaron que Esguerra se había autoexcluido, lo cierto es que este hecho lo aisló del desarrollo institucional y generó la ruptura de relaciones entre los gestores del instituto y varios médicos e instituciones que en los primeros años habían animado la cancerología y la *radiumterapia*, así como su institucionalización en el país. Un ejemplo de ello fue la indisposición creciente del destacado médico Juan N. Corpas y el distanciamiento posterior de la Academia Nacional de Medicina frente al grupo de Huertas, con lo que flaqueó el respaldo de la nueva entidad. Estos conflictos acompañaron la fundación y los primeros desarrollos del INR, y pese a que se fueron superando, expresaron las tensiones propias de la consolidación de la hegemonía de la medicina de tradición occidental en el país, así como los retos de la institucionalización del sector de la salud en un periodo de difícil y tensa construcción del Estado colombiano.⁹

⁹ Efraim Otero expresa la «sospecha» de que el marginamiento de Alfonso Esguerra tuvo que ver también con lo que algunos historiadores han llamado los *odios heredados* entre conservadores y liberales que estuvieron en la base de la llamada Violencia de 1948-1953, que hizo correr ríos de sangre, pues el proyecto del instituto se había gestado con un ministro (Huertas) y un gobierno (Abadía Méndez) conservadores. Mientras Esguerra «provenía de una familia de amplia estirpe liberal, descendiente de los radicales del siglo XIX» (1999, 32 nota 24).



Marco Fidel Suárez

Presidente de la República
(agosto 1918 – noviembre 1921)

1920



- Aparecen diversos avisos de prensa a raíz de la primera aplicación del *radium* en Bogotá, en el Hospital San Juan de Dios.



Enero 22

Primera aplicación del *radium* en Bogotá, gracias a los esfuerzos del **Dr. Roberto Santamarín Latorre** y su esposa (comprado y despachado por ella desde Panamá).

- Se conforma la primera «Sociedad de Radium» con los doctores **Pompilio Martínez** (derecha), **Rafael Ucrós** (izquierda), Manuel Antonio Cuéllar y Alfonso Esguerra.



- Iniciación de la *radiumterapia* en Colombia.

1921

- El **Dr. Alfonso Esguerra** (sentado, primero de derecha a izquierda) se forma en la Fundación Curie junto a un equipo de pioneros de la lucha contra el cáncer en el mundo.



Jorge Holguín Mallarino

Presidente de la República
(noviembre 1921 – agosto 1922)

1922



- Becarios de la Fundación Curie, junto al profesor Regaud. El Dr. Esguerra es el primero de izquierda a derecha en segunda fila.

Juan Pablo Llinás

(1903 – 1982)

Doctor en Medicina y Cirugía, alcalde de Bogotá y ministro de Salud (1957), fue figura clave en la creación del Instituto Nacional de Radium.



1923



Pedro Nel Ospina

Presidente de la República
(agosto 1922 – agosto 1926)



- El Dr. Esguerra inventa la «Pasta Colombia», la cual permite sostener efectivamente los instrumentos del tratamiento en su lugar y se amolda al contorno del paciente. Aquí se muestra la exhibición de la pasta en el Palacio de los Descubrimientos de París.



Miguel Abadía Méndez

Presidente de la República
(agosto 1926 – agosto 1930)

- La Ley 81 de 1928 crea el Instituto de Radium de Colombia, pero debido, entre otros hechos, a la Gran Crisis Económica, que tuvo repercusiones mundiales, el proyecto no se materializa sino hasta 1934.

1928

- Almuerzo en honor del profesor Regaud en la legación francesa.



- El Dr. Claude Regaud viaja como invitado al Perú, difundiendo su apoyo y el del Gobierno francés en la lucha contra el cáncer.



- El gobierno colombiano invita al Dr. Regaud a visitar el país. Este dicta una conferencia en el Teatro Colón y colabora con la Universidad Nacional de Colombia, generando los lineamientos iniciales para la creación del Instituto Nacional de Radium.



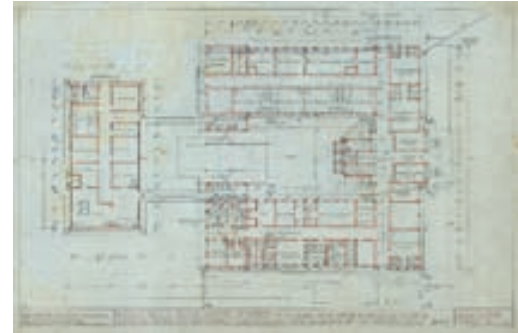
- El Dr. Claude Regaud con el presidente Miguel Abadía Méndez durante su visita a Bogotá.



**Enrique Olaya
Herrera**

Presidente de la República
(agosto 1930 – agosto 1934)

- Se inicia la construcción del primer edificio con planos aprobados por el profesor Claude Regaud, en terrenos pertenecientes al Hospital San Juan de Dios.



1932

1930



- El Decreto 984 del 22 de mayo de 1933 asigna al Instituto Nacional de Radium los fondos sobrantes del empréstito patriótico que estaba destinado a los gastos de la guerra con el Perú en 1932.

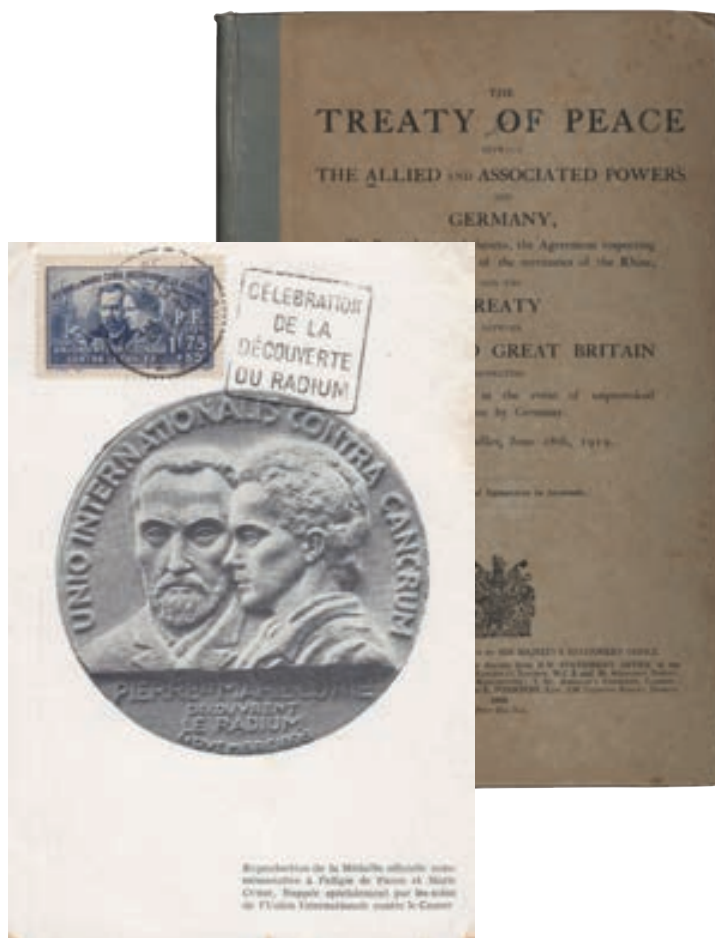


CAPÍTULO 3

La creación del instituto y sus primeros años de funcionamiento

LOS AÑOS TREINTA CONSTITUYERON UN MOMENTO DIFÍCIL para la mayor parte de los países del mundo, debido a los efectos de la Gran Guerra y de la depresión económica de 1929, dos acontecimientos que dejaron consecuencias devastadoras y que demandaron grandes esfuerzos de reconstrucción económica y material, sobre todo en Europa. Estos esfuerzos encontraron un respaldo conveniente tanto en las ideas keynesianas, que promovieron los estados de bienestar, como en la sociedad de naciones, un intento de construcción de institucionalidad supranacional para el orden y la paz, creado por el Tratado de Versalles, en 1919. Precisamente, este último aspecto, la necesidad de ordenar las relaciones internacionales de cara a los retos compartidos, contribuyó al surgimiento, en 1933, de una primera iniciativa global para enfrentar el cáncer, que se concretó en la Unión Internacional Contra el Cáncer (UICC). Desde su creación, su objetivo fue promocionar el conocimiento científico y la investigación médica en el diagnóstico, tratamiento y prevención de esta enfermedad, instando a los gobiernos a ubicar el cáncer como un tema prioritario en sus políticas; más recientemente, dentro de sus propósitos está el tener presencia en las agendas de la Organización Mundial

Multitud de depositantes bajo la lluvia en las afueras del Banco de los Estados Unidos después de su colapso. Fotografía: personal de World Telegram, 1931. Biblioteca del Congreso. New York World-Telegram & Sun Collection. <http://hdl.loc.gov/loc.pnp/cph.3c17261>



Derecha: carátula en inglés del libro *Treaty of Peace*, acerca del Tratado de Versalles. Ca. 1929. Auckland War Memorial Museum.

Izquierda: sello y medallas conmemorativos del descubrimiento del radio con las imágenes de Pierre y Marie Curie, emitidos por la Unión Internacional contra el Cáncer. www.wikitimbres.fr/timbres/3291.

de la Salud, creada en 1945, y las del Foro Económico Mundial, creado en 1971, que se reúne regularmente en Davos (Suiza). La UICC es la mayor y más antigua organización internacional contra el cáncer que reúne en la actualidad más de mil organizaciones procedentes de 162 países y 56 socios. Ha obtenido el estatus de miembro consultivo del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas y colabora estrechamente con organismos como la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC), la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito y el Organismo Internacional de Energía Atómica (OIEA).¹ Desde muy temprano, el Instituto Nacional de Oncología estableció relaciones con la UICC, como lo muestra la participación de algunos de sus directivos en eventos convocados por este organismo a lo largo del siglo xx.

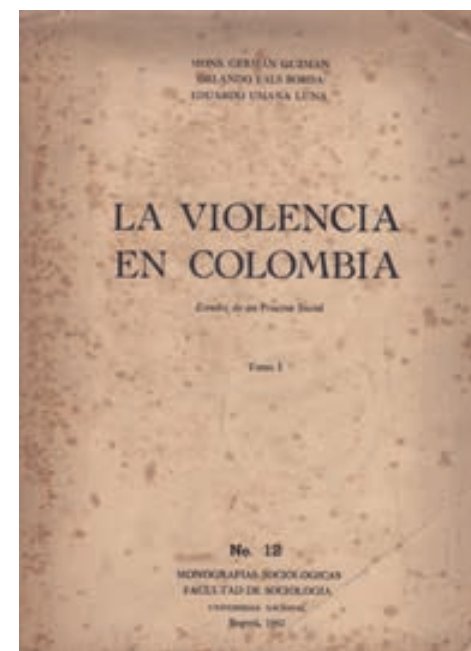
El Estado y el Gobierno de Colombia, por su parte, iniciaron en los años treinta una nueva orientación política bajo el lema de la «Concentración nacional», del presidente Enrique Olaya Herrera, que «recogía los planteamientos de Alfonso López Pumarejo y de otros líderes del liberalismo para quienes muchas aspiraciones de los intelectuales y del movimiento obrero» (Quevedo et al. 2013b, 77) podrían realizarse de manera pacífica mediante el intervencionismo de Estado en lo económico y lo social, la protección de la industria, el impulso a la producción cafetera en cuanto política de interés nacional, además del fortalecimiento del centralismo. Para ello, Olaya buscó recursos en los bancos estadounidenses y contrató una segunda Misión

¹ La medicina del cáncer tiene una relación estrecha con la energía atómica, tanto en lo que se refiere a las terapias como el hecho de que esta energía y sus usos pueden ser cancerígenos potenciales.

Kemmerer. La primera había venido en 1923, durante el Gobierno de Pedro Nel Ospina, para analizar la situación de las finanzas nacionales en el marco de una estrategia norteamericana de reformas fiscales y financieras para América Latina; producto de esta primera misión fue la creación del Banco de la República. La segunda misión pretendía estabilizar la economía del país en el contexto de la crisis mundial de 1929, originada en la sobreproducción y el subconsumo, que se expresó dramáticamente en las bolsas de valores y el sistema financiero mundial. Pero ningún empeño de Olaya era posible sin hacer frente a la fuerte oposición conservadora y a las reservas de la Iglesia frente al rompimiento del *statu quo* en aspectos sociales y económicos, así como en el terreno de la educación y la ampliación de la protesta social y sindical. Por eso, su estrategia fue la «concentración» de los intereses nacionales suprapartidistas y un intento, infructuoso en todo caso, por lograr la paridad bipartidista en los cargos del Estado, gracias al acuerdo entre las élites, básicamente. No obstante, este intento de unidad nacional no impidió que se fuera gestando a ritmo lento una violencia bipartidista en diversas regiones del país que en menos de veinte años se expresó en la llamada Violencia, la cual tuvo su bautismo de fuego el 9 de abril de 1948.

EL INSTITUTO NACIONAL DE RADIUM ENTRA EN TRABAJO DE PARTO

En el marco del nuevo Gobierno liberal, la salud no podía estar ausente. Las dos tareas más importantes que propuso Olaya en esta materia fueron la creación de un ministerio para el ramo de la salud y la apertura del Instituto de Radium, que ya venía cobrando forma, como se ilustró en el capítulo anterior. Sobre el primer asunto no fueron suficientes las recomendaciones de las últimas conferencias sanitarias panamericanas promovidas por la Organización Sanitaria Panamericana, en 1930, tampoco las observaciones de médicos como Pablo García Medina —«el más asiduo constructor de la organización sanitaria nacional entre 1894 y 1932», según Mario Hernández Álvarez (2002, 47)—, quien con otros «higienistas» de la época venían



Carátula del libro *La violencia en Colombia*.
Monseñor Germán Guzmán, Orlando Fals Borda,
Eduardo Umaña Luna. Universidad Nacional, 1962.

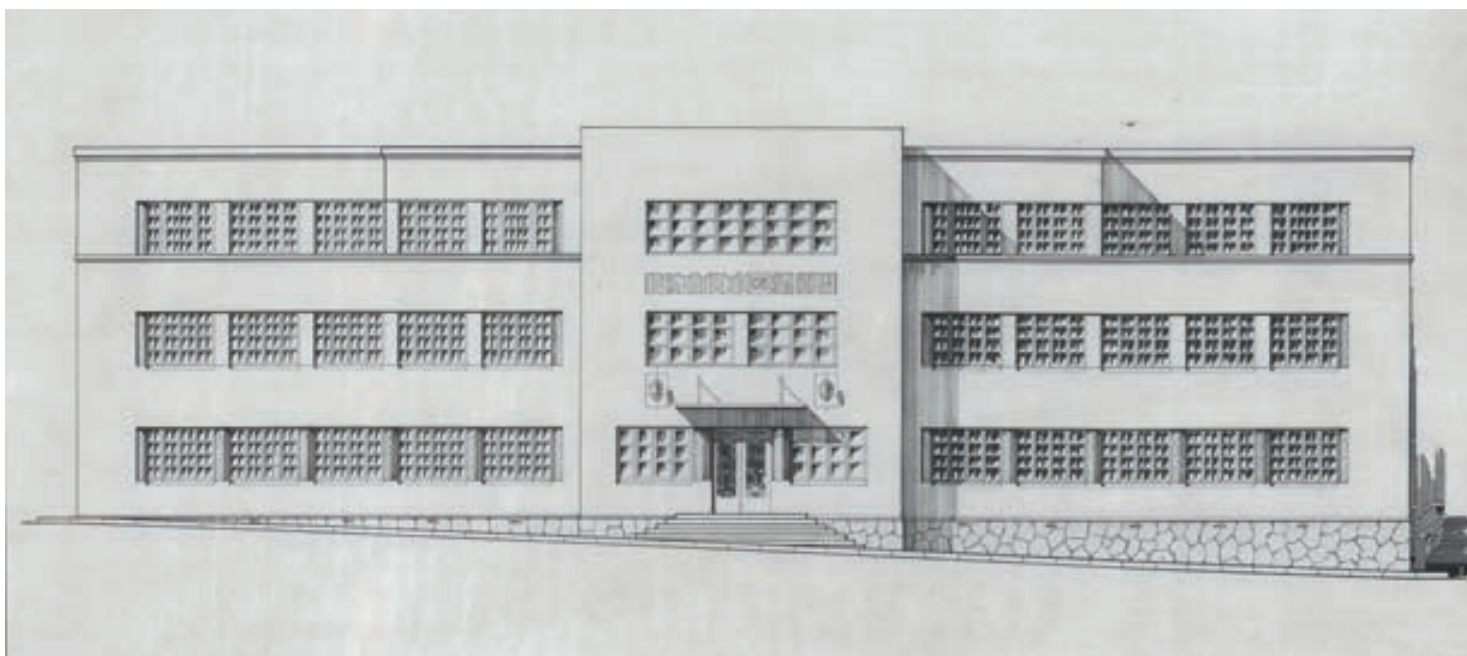
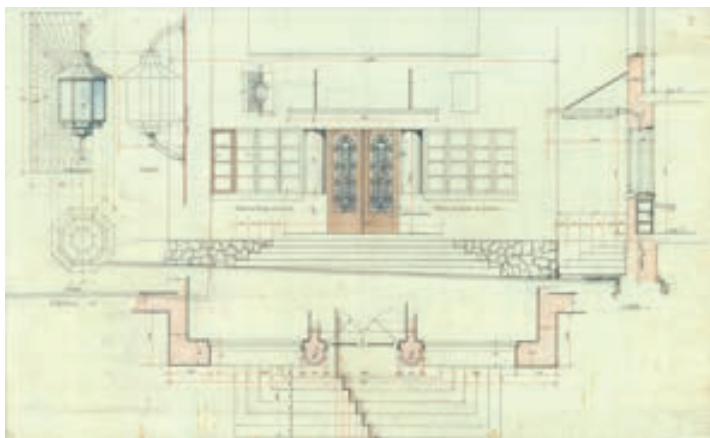
proponiendo la constitución de un ministerio de higiene y asistencia pública. Lo único que se logró en 1931 fue la creación de un Departamento Nacional de Higiene y Asistencia Pública con autonomía administrativa, pero no económica (Quevedo et al. 2013b). En el caso de la fundación del Instituto de Radium, las reuniones de la junta establecida para tal efecto en el Decreto 984 de 1933 comenzaron en mayo de ese año y sentaron las bases de su desarrollo físico y de su organización. En dichas reuniones se trataron temas centrales como la posición de los banqueros frente al uso de los bonos de defensa, provenientes de lo recaudado para la guerra con el Perú, la definición de un presupuesto general necesario para la puesta en marcha del instituto, la conformación de un grupo técnico de médicos encargado del manejo de los equipos y la escogencia del lugar para la construcción de su sede.

En el marco de la propuesta del nuevo Gobierno liberal, la salud no podía estar ausente.

Siguiendo la recomendación del doctor Claude Regaud, Marco Iriarte, de la Beneficencia de Cundinamarca, sugirió levantar esta construcción en los predios del Hospital San Juan de Dios, en el que era el pabellón destinado a los tuberculosos. No obstante, el arquitecto Pablo de la Cruz demostró la inconveniencia de tal proposición y las bondades de dar curso a la edificación de un pabellón nuevo como el ya proyectado por el

Ministerio de Obras Públicas, el cual debía ser terminado en solo diez meses, con bajos costos, pero dentro de los predios del San Juan de Dios y sin afectar los pabellones existentes. La construcción del primer edificio del instituto se enfrentó a las limitaciones propias del desarrollo urbano de la capital en aquellos años. El predio escogido no contaba con un servicio de agua capaz de surtir un edificio de tres pisos, pues por esa época el acueducto no cubría el sur de Bogotá y apenas estaba en proyecto la construcción del embalse de La Regadera, que habría de proveer de agua a este sector (Osorio 2004, 38).

Pese a estos impases en materia de infraestructura, el Decreto 1160 de junio de 1933 concretó las bases de la organización técnica del instituto y definió la conformación de la junta directiva por los jefes de las seis secciones básicas ya establecidas: Quirúrgica, dirigida por José Vicente Huertas; Médica, por Ramón Atalaya; Radiumterapia, por Daniel Brigard; Anatomopatología y Laboratorios, por Juan Pablo Llinás; Roentgenterapia y Fisioterapia General, por Ruperto Iregui, y Roentgenterapia y Fisioterapia Especial, por Alfonso Flórez. En este mismo decreto se estableció la creación del cargo de director, elegido de entre los jefes de sección y con atribuciones que debían ser fijadas en el futuro reglamento de la institución. Los aspectos administrativos y de personal quedaron bajo la competencia de la junta y de su director. Con el fin de preparar a los directivos del nuevo instituto, el decreto mencionado dispuso que los antiguos becarios y ahora jefes de sección Brigard, Llinás, Iregui y Flórez hicieran parte de una comisión de estudios de especialización, de un año, en los Estados Unidos y Europa, estableciendo para cada uno de ellos una asignación mensual de 250 pesos, 1000 para viáticos de ida y regreso y 50 pesos mensuales para gastos de transporte. Ante la crisis de la economía mundial y la



Izquierda: Instituto Nacional de Radium, plano detalle de puertas y ventanas.

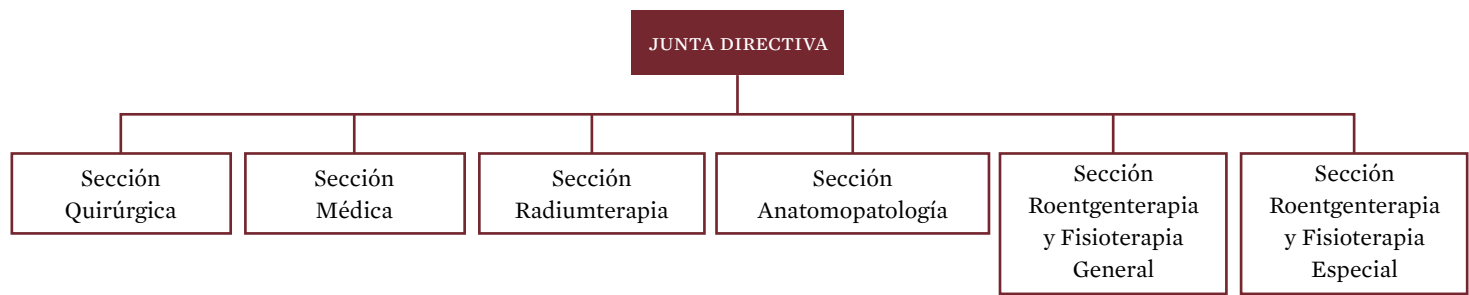
Derecha: Instituto Nacional de Radium, plano fachada con faroles.

Abajo: Instituto Nacional de Radium, dibujo de la fachada principal.

caída del dólar, estos recursos terminaron siendo insuficientes para su manutención y generaron dificultades a los comisionados que debían regresar al país en junio de 1934. Además de los salarios, el decreto establecía que los jefes de sección tendrían una participación en los ingresos del instituto, la cual sería definida por el Gobierno y la junta directiva. En el caso de los comisionados, esta decisión provocó suspicacias entre los detractores de la nueva institución pues al parecer representaba para ellos un beneficio adicional al del salario. La estructura organizativa, establecida en el Decreto 1160, era muy simple y ponía a la junta directiva como máximo ente rector, bajo cuya jurisdicción quedaban las seis secciones dedicadas a la prestación de los servicios asistenciales.

Los comisionados Daniel Brigard, Juan Pablo Llinás, Alfonso Flórez y Ruperto Iregui debían viajar entre agosto y septiembre de 1933 a los Estados Unidos y Europa, para regresar a Colombia un año después, como se había establecido. Por su correspondencia, a la que se refiere Efraim Otero en la historia del instituto, su recorrido se inició en los Estados Unidos, donde visitaron los centros radioterápicos del New York Hospital, el Presbyterian Hospital, el Memorial Hospital, el Sydenham Hospital, el Bronx Hospital y el Doctor’s Hospital, todos ellos en la ciudad de Nueva York. También visitaron los laboratorios de investigación de la General Electric, en Schenectady, al norte del estado de Nueva York. Estos laboratorios eran dirigidos

Gráfica 1. Organigrama del Instituto Nacional de Radium entre 1928 y 1933



Normas
Ley 81 de 1928
Decreto 1160 de junio de 1933-Acuerdo principal de estructura



Juan Pablo Llinás (arriba) y Daniel Brigard (abajo), dos de los médicos becarios y luego miembros de la primera junta del INR. Fotografías: Archivo INC.

por el doctor William Coolidge, inventor del tubo de rayos X de alto vacío, filamento incandescente y ánodo rotatorio refrigerado por aceite. De esta ciudad se dirigieron a Chicago, donde visitaron el Hospital Cook County, el Mercy Hospital y la fábrica de la Victor X Ray Corporation. De regreso a Nueva York, acudieron al centro anticanceroso de Búfalo y la Westinghouse X Ray Company. En todo este recorrido se concentraron en observar las condiciones arquitectónicas de las instituciones visitadas, a fin de recabar información útil para la terminación del edificio que se construía en Bogotá. También se informaron sobre el estatus de los centros de terapia dentro del marco institucional. Una de sus conclusiones importantes en este aspecto fue que, tanto en Nueva York como en Chicago, la mayoría de los centros radioterápicos funcionaban como servicios anexos a una institución mayor, con la excepción del instituto de Búfalo, dedicado exclusivamente al tratamiento e investigación de los tumores malignos. Un elemento común de tipo técnico que les llamó la atención era que en la mayoría de los sitios visitados predominaba la tendencia a emplear voltajes altos, en algunos casos supervoltajes de 600 y 800 kW, para producir el efecto de raditaciones superpenetrantes que abrían nuevas posibilidades en el campo de la *roentgenterapia*. Estos aspectos se complementaban con el uso de modernos sistemas de iluminación y luces, relojes eléctricos de dos caras, altoparlantes y otros elementos modernos que facilitaban el trabajo hospitalario en los centros de atención del cáncer y que deberían ser implementados en el instituto colombiano.

De los Estados Unidos, los comisionados viajaron a París. Llegaron primero a esa ciudad Brigard y Llinás, donde los recibió Antoine Lacassagne, discípulo de Regaud, y de allí se desplazaron a Suecia, Dinamarca, Alemania y Austria para visitar algunas instituciones dedicadas al tratamiento del cáncer. Aspectos como la aplicación de rayos ultravioleta en Copenhague, las coincidencias entre la escuela sueca y la norteamericana en el predominio del uso del *radium* sobre la *roentgenterapia* y los desarrollos de tubos, aparatos y transformadores en Hamburgo llamaron la atención de los comisionados, quienes plasmaron todo ello en su correspondencia e informes oficiales enviados al doctor Huertas (Otero 1999).

A su paso por Alemania, hacia septiembre de 1933, Llinás destacó específicamente el desarrollo del Instituto Tropical de Berlín y la conveniencia de desarrollar uno si-

milar en Colombia, pues de cara a las necesidades en salud del país en el terreno de las llamadas enfermedades tropicales, no bastaba con el Instituto de Radium; se requería algo más específico. Alfonso Flórez y Ruperto Iregui, por su parte, arribaron al viejo continente entre finales de septiembre e inicios de octubre de 1933. El primero de ellos informó a Huertas sobre la posibilidad de llevar a cabo algunas modificaciones al diseño original del pabellón de *roentgenterapia* con base en lo observado en algunos hospitales, apoyándose en las visitas realizadas a empresas industriales que producían elementos que se requerían para la dotación infraestructural y de equipamiento del nuevo instituto (transformadores, sistemas eléctricos, relojería, dotación hospitalaria y anticancerosa, etc.).

Además de sus visitas técnicas, Brigard consiguió un puesto transitorio en el Instituto de Radium de París, pese a la «influenciada atmósfera del instituto» que vivía sus propias tensiones y donde, de alguna manera, ya habían llegado los ecos de las polémicas vividas en Bogotá. Flórez, por su parte, se ubicó en el servicio de radioelectrología del profesor Belot, en el Hospital San Luis de la capital francesa, para enterarse en detalle sobre su funcionamiento. Entre tanto, Llinás participó en el Congreso Internacional de Lucha Científica y Social contra el Cáncer, celebrado a finales de octubre de 1933, en Madrid. Llinás y Flórez, junto con el médico Eduardo Ricaurte Medina, fueron los delegados oficiales por Colombia a este evento en el que precisamente se tomó la decisión de crear la UICC. La correspondencia personal de Llinás con Huertas sobre su participación en este congreso revela la sorpresa y la incredulidad que se suscitaban en algunos de los asistentes a este evento en torno a la creación de un instituto de *radium* en Colombia: «A todos los que relatamos la organización y orientación del Instituto se quedaban

asombrados y nos decían que sería una institución que le daría un gran nombre a Colombia, solo que no creen que sea posible desarrollarla como pensamos dentro del edificio proyectado y con el personal existente» (Otero 1999, 54).

«A todos los que relatamos
la organización y orientación
del Instituto se quedaban
asombrados y nos decían que sería
una institución que le daría
un gran nombre a Colombia».

Llinás se refería a su visita al Instituto del Cáncer de Madrid, donde pudo relacionarse con el doctor Pío del Río Ortega, discípulo de Santiago Ramón y Cajal, y llamó la atención sobre la diversidad de orientaciones que encontró en esta clase de instituciones durante su periplo europeo, al señalar que dependían de la formación que tuvieran sus directores. Por ejemplo, «radiumterapia en el de Estocolmo, dirigido por un curieterapeuta; anatomía patológica en el de Berlín, dirigido por un anatomopatólogo; aunque allí mismo y en Hamburgo le dan también primordial importancia a la *roentgenterapia*; el de París dirigido por Regaud, que en el fondo es histólogo, se orienta mucho a la histopatología y el de Madrid hacia la anatomopatología» (Otero 1999, 55). En julio de 1934, tres de los comisionados asisten al Congreso Internacional de Radiología, celebrado en Zúrich,

mientras que Llinás permaneció en Berlín al tanto de las consultas hechas por las casas fabricantes de los equipos que ellos se encontraban negociando a nombre del Gobierno nacional, los cuales ya comenzaban a ser despachados a Colombia en barcos como el Caribia. Tales equipos incluían aparatos de rayos X, muebles de diferentes clases, insumos hospitalarios y de laboratorio, materiales para la adecuación de las salas de cirugía, equipos de fotografía, entre otros.

En medio de los intercambios epistolares entre los viajeros y Huertas, surgió la idea de que existía una campaña soterrada en Colombia contra los promotores del instituto. Los abanderados de tal campaña, según Huertas, buscaban polarizar el Congreso de la República, citar al ministro de Hacienda, Esteban Jaramillo, a rendir cuentas sobre las finanzas del instituto y suscitar polémicas públicas. Afirmaban que los becarios estaban paseando por Europa y que el propio Huertas se ganaba «quinientos pesos por vigilar la obra» que se estaba construyendo (Otero 1999, 54). El eco de estos rumores no tardó en llegar a Francia. Brigard, que había sido precisamente estudiante de Alfonso Esguerra, expresó en carta al doctor Huertas que a su llegada a este país fue recibido de manera poco cordial por el profesor Regaud, lo que casi obliga al médico colombiano a regresar a Estocolmo para aprovechar la buena acogida que sí se le había brindado en Suecia (Otero 1999). El informe enviado por Llinás a Huertas deja ver el calado del malestar de Regaud y el papel que en ello parecía ejercer la figura de Alfonso Esguerra.

Después de haber recorrido varios países europeos, los comisionados retornaron a París y visitaron al profesor Regaud, quien acababa de regresar de sus vacaciones. Su reacción al recibirlos fue descrita del siguiente modo: «la respuesta, seca y aún más, grosera, nos indicó en qué estado de ánimo se encontraba: *"Et bien, que c'est que vous voulez?"*».² Ni siquiera nos mandó a tomar asiento [...] Después de varios minutos de silencio nos dijo: “¿Y el Dr. Esguerra qué va a hacer en el Instituto, porque yo hace mucho tiempo que no tengo noticias de él, todavía tiene una casa de salud cerca a Bogotá?”. La respuesta de Llinás a Regaud revela un aspecto interesante de la relación

2 Y bueno, ¿qué es lo que ustedes quieren?



Eduardo Santos Montejo, vigésimo presidente de Colombia. Galería de notabilidades colombianas. Colección de Archivos Especiales. Sala de Libros Raros y Manuscritos. Biblioteca Luis Ángel Arango. Banco de la República, Colombia.

de Esguerra con el instituto: «Yo entonces le expliqué de nuevo cómo se había organizado el Instituto, le dije que el Dr. Brigard y yo habíamos solicitado en vano del Dr. Esguerra su colaboración en esta obra, pero que esperábamos que algún día pensara de distinta manera para poner todos los servicios, lo mismo que el resto del cuerpo médico de la ciudad, a sus órdenes» (Otero 1999, 56). Solo la intervención de Eduardo Santos, por entonces ministro plenipotenciario de Colombia en Francia y futuro presidente, logró apaciguar el ánimo adverso de Regaud, pero a partir de ese momento no fueron fáciles las relaciones entre el médico francés y los promotores del instituto. El conflicto generado en Colombia había escalado inevitablemente al viejo continente.

Entre tanto, en Bogotá, la junta avanzaba en la definición de los costos de la nueva construcción, estimados inicialmente en 170 000 pesos, los cuales se aprobaron en la sesión del 28 de noviembre de 1933. Ya iniciado 1934, se discutió sobre la información enviada por los becarios, relativa a especificaciones técnicas y de marcas y a costos de maquinaria, instrumental, vajilla, ropería, entre otros elementos, lo que sirvió como base para calcular el valor final de la construcción y la dotación del edificio, sin incluir lo pagado por el *radium*. La junta también les consultó otros aspectos técnicos, como el número de aparatos de radioterapia necesarios o el número de salas que debían llevar piso en linóleo, pero se hizo hincapié en los precios del *radium* y las gestiones necesarias para adquirirlo.

Durante los meses siguientes se evidenció que los gastos reales superaban el monto aprobado inicialmente para la obra. Por ello se les solicitó a los bancos y principales casas de comercio que compraran los bonos de defensa nacional que aún quedaban, de los emitidos con ocasión de la Guerra con el Perú, con el fin de reunir los 400 000 pesos que hacían falta para la ter-



minación del edificio, la compra y montaje de maquinaria y la adquisición del *radium*. Este último fue avaluado por una casa belga en 40 dólares el miligramo (40 000 pesos el gramo) y se planteó la posibilidad de diferir su pago con intereses del 5 % anual para compras superiores a 2 gramos. Sobre este asunto se desplegó un debate muy importante que dejó ver la superposición de tensiones existentes entre los enfoques médicos vigentes en Europa y la posición de los médicos colombianos. Precisamente, durante su visita a Suecia, el comisionado Brigard envió una carta a Huertas en la cual le expuso el desarrollo de la *telecurieterapia* en ese país, es decir, la aplicación de *radium* a distancia, por medio de bombas que contenían entre 4 y 5 gramos de producto radioactivo, al estilo de los rayos X, y trató de convencerlo de la conveniencia de desarrollar esta técnica en Colombia, lo que implicaría contar con al menos 3 gramos de *radium* (dos para *telecurieterapia* y uno para terapia intersticial e intracavitaria) y no los 2 gramos que se había pensado adquirir inicialmente. La discusión no solo tenía que ver con los

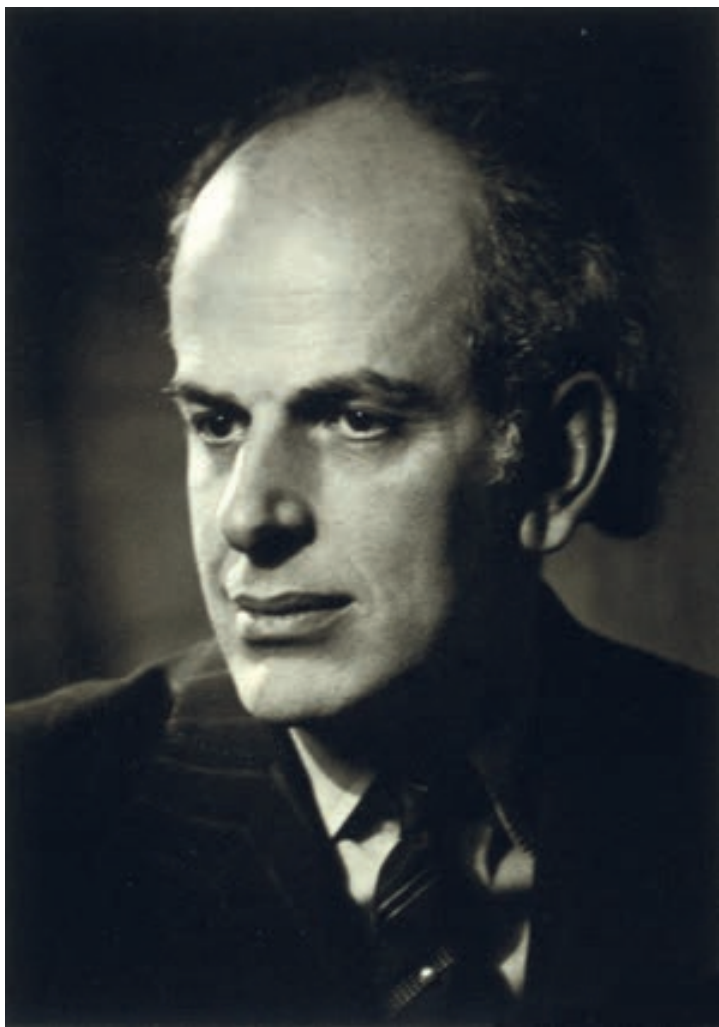
costos de este elemento, sino con diferencias teórico-técnicas y con conflictos de poder. Por la misma época, el doctor Alfonso Esguerra le había escrito una carta al ministro de Hacienda, expresándole su desacuerdo con la compra de 2 gramos de *radium* y para ello empleó varios argumentos. El primero tenía que ver con su percepción sobre las urgencias sociales del país:

[...] resulta muy lujoso para el país tener 2 gramos de Radium, pero no se justifica, en estos momentos al menos, una inversión tan cuantiosa, mientras tengamos escuelas en número tan escaso y en el abandono en que están por falta de recursos, como lo dice el mismo Gobierno. Entre tanto que nuestro pobre pueblo, como decía Vergara y Vergara siga alojado en esas viviendas insalubres y miserables que lo tuberculizan y lo degradan, no tenemos derecho para inmovilizar en cajas de hierro ese metal que por demasiado precioso no utilizamos todavía, como respaldo de billetes bancarios. (Otero 1999, 67)



Esguerra insistía en la necesidad de dotar primero los hospitales de caridad en Bogotá y en todo el país y aprovechó la ocasión para expresar con franqueza la inconveniencia de la creación del instituto:

La lucha contra el cáncer no se hace hoy, en países tan extensos y tan escasos de vías de comunicación como es Colombia, con la fundación de un gran centro de tratamiento, sino instruyendo a los estudiantes de medicina y al cuerpo médico para que encabecen y dirijan ellos la cruzada grande a favor del tratamiento precoz. (Otero 1999, 67)



Jaime Jaramillo Arango, uno de los abanderados en la creación del INR. Fotografía: Fayer. Wellcome Collection. CC BY.

Esguerra terminaba la misiva con una frase que reafirmaba su posición frente a la compra del *radium* y dejaba ver su malestar por los altos costos de ese material³ así como por la destinación de los valiosos recursos generados a partir de los bonos patrióticos:

Y repito una vez más, aún a riesgo de hacerme impertinente, que el Instituto Nacional de Radium que funda en estos momentos el Gobierno con “los bonos del empréstito patriótico de la Defensa Nacional provenientes de contribuciones gratuitas y que en virtud del artículo 7 de la ley 33 de 1932 puede el Gobierno destinar a instituciones de beneficencia o de protección social” (decreto No. 984 de 1933), no necesita para los primeros años de labores más que medio gramo de Radium Elemento, o sea la irradiación de 32.850 milicurios destruidos por año. (Otero 1999, 67)

Desde Francia, el profesor Regaud participó de este debate afirmando que «la posición del doctor Alfonso Esguerra Gómez se podría defender si las técnicas de aplicación del *radium* al trata-

3 En una nota publicada en el diario *El Tiempo* el 14 de marzo de 1934 se llamaba la atención justamente sobre este aspecto. La existencia total de *radium* en el mundo solo alcanzaba la relativamente pequeña cantidad de 700 gramos. Su precio total, a razón de \$ 50 el miligramo (50 000 el gramo), llega a 35 millones de dólares. Los países que contaban con este material eran: Estados Unidos (238 gramos), Bélgica (150 gramos), Checoslovaquia (85 gramos), Francia (51 gramos), Inglaterra (42 gramos), Suecia (8 gramos), Dinamarca (4 gramos), Argentina (2 gramos) y otros países (140 gramos). El *radium* se podía comprar a la Societé Metallurgique de Hoboken, compañía belga, o a las compañías canadienses: El Dorado Gold Mines Ltda. y Bear Exploration and Radium Ltda. («Únicamente 700 gramos de radium» 1934, 2).

miento del cáncer se hubiesen quedado estacionadas, tal como eran en 1926» (Otero 1999, 68). Nuevas técnicas como la *telecurieterapia*, que empleaba focos de *radium* suficientemente fuertes para actuar a 8, 10 o 12 centímetros de la piel y con un flujo de radiación que participaba de las cualidades de repartición geométrica de la distancia que tenían los rayos X, demandaban mayores cantidades de *radium*, afirmaba Regaud. Si bien el médico francés advertía que estos procedimientos se encontraban aún en fases experimentales, sugería la adquisición para el naciente instituto de 2 o 3 gramos, coincidiendo con las apreciaciones hechas por el doctor Brigard. Años después, Otero Ruiz interpretó el desenlace de este debate y la postura de Regaud y Brigard como una desautorización al doctor Esguerra, quien a partir de ese momento reforzó sus críticas al instituto, encontrando eco en otros galenos. En efecto, el 13 de marzo de 1934 apareció en el diario *El Tiempo* una carta dirigida al ministro de Hacienda, Esteban Jaramillo, y firmada por varios médicos de la Academia Nacional de Medicina, en la que solicitaban que en su calidad de presidente de la junta directiva del Instituto de Radium sometiera los planes de organización y funcionamiento de este a la consideración de la Academia, pues ella era la instancia consultiva del Gobierno en los temas de salud pública («El cuerpo médico pide un estudio» 1934, 6).

Ante el llamado de atención de los médicos de la Academia, los doctores José Vicente Huertas y Jaime Jaramillo Arango, abanderados del proceso de creación del instituto, respondieron prontamente. El primero, que era también miembro consultivo de la Academia, se expresó con un tono moderado y aceptó que si bien los esfuerzos organizativos y económicos adelantados hasta el momento por el Gobierno eran incuestionables, resultaba apenas lógico y conveniente que no solo la Academia,

sino el cuerpo médico y el público en general conocieran todos los detalles de esta obra. Pero para que ello fuera realmente provechoso, sugería esperar el regreso de los doctores Brigard, Llinás, Iregui y Flórez de Europa, ya que eran ellos en realidad quienes podrían dar explicaciones sobre el sentido del instituto, sus costos y su desarrollo hasta el momento, en cuanto miembros de la junta directiva y especialistas en formación.

Ahora bien, la respuesta de Jaime Jaramillo no fue tan cortés como la de Huertas y dejó entrever reparos profundos de la Academia Nacional de Medicina frente a la creación del instituto. La misiva de Jaramillo, dirigida al director del diario *El Tiempo*, comenzó por destacar que en medio de la campaña de «notorio colorido» que se había abierto en los últimos días contra el Instituto Nacional de Radium no todo eran fines patrióticos y de humanidad («Hablan 2 de los miembros de la Junta» 1934, 3); de hecho, afirmaba que el memorial levantado por el cuerpo médico y dirigido al ministro de Hacienda no había sido llevado en su forma original, sino que había sido mutilado por dos o tres médicos.

El fragmento que habría sido excluido, según Jaramillo, fue redactado por él mismo y llamaba la atención sobre la importancia de esperar tanto la terminación de la obra del instituto como el regreso de los médicos que estaban en Europa, para que fuera realmente provechoso cualquier estudio que sobre este tema hiciera la Academia y para que los citados galenos, que eran los técnicos especialistas, pudieran «defender sus puntos de vista y sus actuaciones, ya que se trata de atacar a unos y otros» («Hablan 2 de los miembros de la Junta» 1934, 3). Los ataques se fundaban específicamente en cuatro cuestionamientos que el profesor Alfonso Esguerra había hecho sobre los esfuerzos emprendidos por el Gobierno para la creación

del instituto. El primero tenía que ver con su desacuerdo sobre la cantidad de *radium* que, según los comisionados en el exterior, se debía adquirir. En medio del debate, Esguerra cometió el error (al parecer involuntario) de considerar 125 miligramos como el equivalente a un cuarto de *radium*, lo que Jaramillo usó como contraargumento unos días después. El segundo iba contra las afirmaciones de Huertas y Jaramillo sobre la conveniencia de la *telecurieterapia* y se apoyaba en los trabajos publicados por el doctor Regaud, en 1927. El tercero se refería al supuesto mal uso de los dineros del empréstito patriótico en viajes inútiles y en compras de *radium* y aparatos de rayos X inadecuados para las necesidades del país. Finalmente, Esguerra consideraba que quienes estaban a cargo de esta tarea no tenían mayores conocimientos en la materia. Por su parte, para el doctor Jaime Jaramillo, las críticas de Esguerra eran malintencionadas. Ni 125 gramos eran un cuarto de gramo, ni las ideas expresadas por Regaud en 1927 seguían vigentes, ni Esguerra había logrado comprender el carácter técnico y honesto que había orientado la creación del instituto.

La respuesta de Esguerra fue conciliadora y empática con Huertas y fuerte con Jaramillo: «me desagrada profundamente tener que referirme a una (insinuación) de tan diversa índole de la anterior [la de Huertas], tocante al mismo tema y que suscribe el doctor Jaime Jaramillo Arango» («El Instituto Nacional de Radium» 1934a, 5). Además de rechazar las críticas hechas por Jaramillo, Esguerra se concentró en hacer una validación de su conocimiento sobre los adelantos de la medicina francesa, el *radium* y el cáncer:

El doctor Jaramillo debe saber que la publicación oficial del Instituto de Radium de París se le envía a todos sus miem-



Doctor José Vicente Huertas. Fotografía: Archivo INC.

bros y que por lo tanto, estoy al corriente de los adelantos que han venido efectuándose en curieterapia desde mi regreso al país en 1930, hasta hoy, sin haber encontrado, aparte de los adelantos y perfeccionamientos técnicos que ya se esbozaban en esa época, ningún cambio trascendental que haya hecho variar las ideas fundamentales que sobre el cáncer y su tratamiento tenía el profesor Regaud hace cuatro años. («El Instituto Nacional de Radium» 1934a, 5)

Durante aquellos días, las páginas del diario *El Tiempo*, llenas de noticias sobre el liberalismo, los desastres de los gobiernos conservadores anteriores a Olaya y la llegada a Cartagena de una convención médica flotante que recorría el Atlántico, dejaron un espacio en las primeras páginas del rotativo al intercambio epistolar entre Jaramillo y Esguerra, siempre mediado por la figura de Enrique Santos Montejo (Calibán), editor del periódico y a quien se dirigían las cartas de los dos galenos. Así, sobre el 20 de marzo, Jaramillo contestó a la comunicación de Esguerra señalando que se había expresado con franqueza y sin reticencias sobre la campaña «de notorio colorido» que este último venía adelantando durante los últimos años contra el instituto y su junta organizadora, se preciaba de dicha franqueza y denunciaba que los ataques de Esguerra no se iban a detener, ya que al parecer este último estaba agitando en la Asamblea de Cundinamarca la realización de un capítulo de recriminaciones al Gobierno sobre ese tema. Para Jaramillo, el debate académico había que abordarlo de manera seria sin «hacer juego de malabares con milicuries, que esto para el público, como muy bien lo dijo el doctor Esteban Jaramillo, es ininteligible y tiene algo de diabólico» («Nueva carta del doctor Jaramillo» 1934, 3). Además, Jaramillo señalaba que a esta discusión había que aportar



no solo las pruebas de los recientes adelantos en Francia, sino también las modificaciones en los tratamientos desarrolladas en los Estados Unidos, Alemania y los países escandinavos, entre otros. En los días siguientes, Jaramillo reforzó su posición y agradeció la intervención que hizo el intelectual, pedagogo y fundador del Gimnasio Moderno, Eduardo Nieto Caballero, a favor del instituto; además, recalcó el papel vital de José Vicente Huertas en su fundación y el interés y entusiasmo puesto por el Gobierno y los arquitectos para lograr terminar el edificio antes del final del periodo presidencial («Instituto Nacional de Radium» 1934b, 5).

Es preciso comprender mejor la posición de Esguerra en este debate y situarla más allá de cualquier resentimiento producto de su exclusión de la junta del nuevo instituto o del hecho

Fotografía de grupo del Lister Institute. Jane Lane-Claypon, primera fila, izquierda. Wellcome Collection. CC BY.

de que uno de sus estudiantes, Daniel Brigard, hubiera sido incluido en esa junta. Esguerra había construido su propia imagen, muy prudente y cautelosa, sobre el desarrollo de la *radiumterapia* y la *roentgenterapia*, y ella descansaba en la distinción de dos conceptos importantes: *cura* y *mejoría*. Curar un cáncer, para él, quería decir destruir todas las células neoplásicas que se encontraran en el organismo enfermo, conservando intactos los elementos sanos, que serían los encargados de la cicatrización. Esa noción estaba relacionada necesariamente con una temporalidad. ¿Cuánto tiempo después de que parece curado un caso de cáncer se le podía asegurar al enfermo que no volverían a aparecer los síntomas del mal? Según Esguerra, recientemente se aceptaba el término de siete años. Pero ya en 1931, los estudios de la comisión de expertos nombrada por la Sociedad de las Naciones para elucidar estos problemas del cáncer habían acortado este plazo a tres años, basados en el informe de la inglesa Lane-Claypon, el sueco Heyman, el francés Antoine Lacassagne y el alemán Voltz sobre radioterapia del cáncer uterino. En ese trabajo se veía claramente que los casos que llegaban como curados al tercer año de observación después del tratamiento eran los mismos que aparecían en las listas de los años siguientes hasta el séptimo (Esguerra 1933).

La noción de *mejoría*, en cambio, corresponde a todas las cicatrizaciones incompletas o todas las reproducciones que se hicieran antes del tercer año de tratamiento. Esta conceptualización de Esguerra se fundaba en su experiencia en el Servicio de Radiumterapia del San Juan de Dios entre 1927 y 1933, y lo llevaba a defender una racionalización de la *radiumterapia* y de los demás recursos terapéuticos, teniendo en cuenta la casuística que recibía aquel hospital. Los casos que llegaban a su servicio estaban ya en un periodo de evolución tan avanzado que no

era esperable una cura y solo se irradiaban con una intención paliativa; no obstante, la aplicación del *radium*, las hospitalizaciones y los demás cuidados generaban un gasto enorme que no compensaba las mejorías obtenidas. Ello lo llevó a afirmar que si los tumores estaban localizados en partes fácilmente operables debía realizarse una cirugía que cumpliera «con las reglas de aquel conocido adagio de “cortar por lo sano” y que sea al mismo tiempo la biopsia necesaria para el estudio histológico del caso» (Esguerra 1933, 938). Sin embargo, donde se pudiera producir una deformación o comprometer órganos vitales quirúrgicamente, lo indicado era usar el *radium* y los rayos X. Su propuesta se traducía en una visión preventiva y de eficiencia en el abordaje del cáncer y en el manejo del *radium*, constituida por cuatro elementos: 1) la selección cuidadosa de casos; 2) el privilegiar el uso de *radium* para entidades que mostraban buenos resultados como los cánceres de piel y otras entidades infecciosas como los escleromas, las metritis puerperales y anexitis *post abortum*; 3) el reclutamiento temprano de los cancerosos que eran aún curables, y 4) el tratamiento precoz y adecuado, sobre el cual debía basarse la «lucha anticancerosa bien entendida» (Esguerra 1933, 938). Ante el panorama epidemiológico del cáncer percibido por Esguerra y debido a la alta frecuencia de casos incurables que él había recibido en el Hospital San Juan de Dios en los años anteriores, la creación del instituto y la inversión en equipos de *radiumterapia* y *roentgenterapia* debía sopesarse con cuidado.

Esta polémica se fue diluyendo una vez tuvo lugar la intervención del ministro Esteban Jaramillo, quien insistió, como lo hicieron José Vicente Huertas y Jaime Jaramillo, en el carácter eminentemente técnico y médico que había guiado la organización del instituto, así como en el pulcro manejo eco-

nómico y de diseño organizativo de la institución. El ministro también estableció que solo al regreso de los médicos que se encontraban en Europa se haría un encuentro con la Academia de Medicina, a fin de informar sobre la organización y funcionamiento del instituto («Un memorial sobre el Instituto» 1934, 3). Después de ello, Esguerra se retiró durante un tiempo de la polémica que se venía sosteniendo, pero también de la vida pública y de la política, porque no hay que olvidar que él había sido elegido alcalde de Bogotá y director del Instituto de Acción Social entre diciembre de 1933 y marzo de 1934. Unos días después del conflicto con Jaime Jaramillo, Esguerra presentó su renuncia como alcalde de Bogotá.

UN PARTO LLENO DE ESPERANZA E INCERTIDUMBRE

Superados estos debates, en los meses siguientes continuó el acondicionamiento de la nueva institución con el envío desde el exterior de los primeros equipos de *roentgenterapia*, así como de timbres, señales luminosas y teléfonos, fabricados por la empresa alemana Siemens, los cuales arribaron a Barranquilla en junio de 1934. La discusión sobre la cantidad de *radium* que debía ser adquirida continuó y se decantó en mayo con la compra de 3 gramos, siguiendo las orientaciones de Regaud y Brigard. En ese mismo mes, Eduardo Santos, embajador de Colombia en Francia, envió una carta al presidente Enrique Olaya refiriéndose a la necesidad de extender la permanencia de los comisionados en Europa y de aplazar la inauguración del instituto, inicialmente programada para el 20 de julio. Producto de esta comunicación, Olaya Herrera, en efecto, amplió la estancia de los comisionados en el viejo continente hasta octubre de 1934



EL INSTITUTO NACIONAL DE RADIUM SE INAUGURA EN LA MAÑANA DE HOY

En las horas de la mañana de hoy se llevará a cabo la solemne inauguración del Instituto de Radium.

Al acto están invitadas las altas autoridades y la sociedad bogotana. Llevarán la palabra el excelentísimo señor presidente de la república, doctor Enrique Olaya Herrera, y el señor ministro de educación nacional, doctor Jaramillo Arango.

La estación radiodifusora H. K. F., transmitirá los discursos.

y estableció la inauguración para el 4 de agosto, con el fin de llevarla a cabo antes del cambio de Gobierno, el 7 de agosto.

A las diez de la mañana del sábado 4 de agosto de 1934, en una ceremonia sencilla y solemne, el presidente Enrique Olaya Herrera, junto con su esposa, inauguró oficialmente el Instituto Nacional de Radium ante destacadas personalidades de la vida política, entre las que figuraban Leo Stanton Rowe, director general desde 1920 de la Unión Panamericana, antecesora de la Organización de Estados Americanos; el embajador en Francia,

Eduardo Santos, importante en la gestación del proyecto; el joven y ascendente Carlos Lleras Restrepo, y Luis Eduardo Nieto Caballero, comprometido defensor del instituto. Al evento también asistieron los arquitectos Mariano Santamaría y Pablo de la Cruz, quien dirigió la construcción del edificio, y renombrados científicos y médicos como los doctores Roberto Franco, Federico Lleras Acosta, Calixto Torres Umaña, Jorge Bejarano y José del Carmen Acosta, rector de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia y presidente en ese momento de la Academia Nacional de Medicina, entre otros («El Instituto de Radium fue inaugurado» 1934, 5). Este grupo se completó con los artífices directos y más notorios de esta institución, como era el caso de los doctores José Vicente Huertas, Jaime Jaramillo Arango y Manuel Ferro, el superintendente de la construcción donde iba a funcionar el Instituto Nacional de Radium.

Aquel día, el Gobierno le dio a la ciudad una «bella edificación moderna de absoluta sencillez» que, en palabras de la prensa de la época, contrastaba con el objeto de la institución: tratar la terrible enfermedad del cáncer. El nuevo edificio, recorrido por los asistentes después de los discursos de rigor, albergaba en su interior múltiples elementos y «aparatos» comprados en su mayoría a la casa Siemens-Reiniger-Warke de Berlín a través de su representante en Colombia, el doctor H. Hagalstein, los cuales fueron instalados por el técnico especialista de esta misma empresa, el señor Otto Kreuger. Este aparataje estaba compuesto, según relató la prensa de la época, por equipos de rayos X diferenciados para terapia profunda, semiprofunda y superficial, un artefacto especial para radiografía y radiodiagnóstico, un electrocardiógrafo y un equipo de cirugía que incluía un bisturí eléctrico. El edificio entregado contaba en ese momento con servicios de alumbrado, telefonía automática in-



Fachada del Instituto Nacional de Radium.
Fotografía: Archivo INC.

Cúpula de *radium* (telecurieterapia).
Fotografía: Archivo INC.



La señora de Olaya Herrera con el doctor Eduardo Santos en el acto inaugural del Instituto Nacional de Radium.

El Instituto Nacional de Radium fue inaugurado ayer a las diez de la mañana por el excelentísimo señor Presidente de la República, doctor Enrique Olaya Herrera, quien presenció en este acto un acontecimiento trascendente.

El edificio del Instituto quedó alzado en la noche primera y es obra del distinguido arquitecto doctor Pablo de la Cruz, quien ideó una bella edificación moderna de estucos sencillos, que contrasta admirablemente con el objeto a que está destinado.

Los diversos aparatos con que cuenta el Instituto, y de los que damos a continuación una breve reseña, fueron comprados a la casa Siemens-Reiniger-Wurke A. G. de Berlín, cuya representación en Colombia se al doctor H. Hagelstein, y fueron montados por el técnico especialista señor Otto Stroger.

Cuenta el Instituto con los siguientes servicios:

Quatro servicios de Rayos X para terapia profunda, de protección integral contra las enfermedades infecciosas y contra los peligros de la alta tensión. Dos servicios de rayos X para terapia más profunda y para terapia superficial. Un equipo completo de rayos X para fines diagnóstico con base tecnológica para radiografía y radioscopia.

Un aparato de rayos X para

Dada la perfecta y ultra moderna dotación del Instituto, se puede afirmar sin ninguna exageración que el Instituto Nacional de Radium de Bogotá es igual a los mejores de ningún otro país de Sur América.

La concurrencia. Al acto asistieron, además del Presidente de la República y de la señora de Olaya Herrera, los señores de honorables señores doctores Eduardo Santos, Juan del Carmen Acosta, José Vicente Borrero, Jaime Jaramillo Acosta, Leo E. Rowe, señor ministro de Salubridad, Roberto Franco, Federico Lleras Acosta, Carlos Lleras, Rodrigo Cárdena Torres, Jorge Borrero, Luis Eduardo Nieto Calvo, Mario Bastamante, José Calvo, Alfredo Lomax, Pablo de la Cruz y los señores doctores miembros de nuestra sociedad.

Los discursos.

El doctor Esteban Jaramillo, ministro de Hacienda y crédito público, hizo la entrega del Instituto en un bello discurso, contestó el doctor Olaya Herrera en una improvisación que representó a Colombia, y dirigió el acto de la Facultad de Medicina de Bogotá.

«El Gobierno nacional, en nombre de la República, hace entrega de este Instituto a la Facultad de Medicina de Bogotá».

El doctor Esteban Jaramillo, ministro de Hacienda, dijo:

terna y externa, señales ópticas, relojes y ventiladores, entre otros elementos. Todo el conjunto de implementos y equipos del nuevo instituto había sido elegido por los médicos que estaban en comisión en los Estados Unidos y Europa, teniendo en cuenta las especificidades y las necesidades del país, por lo que su papel, como en su momento lo reconocieron el ministro Esteban Jaramillo y el mismo presidente Olaya, había sido fundamental para hacer posible esta compleja empresa. Pese a la sobriedad de la inauguración, la prensa no escatimó en adjetivos y exaltaciones para calificar las bondades del nuevo instituto, considerado como sin rival en los países de América Latina. Tampoco fueron menores los elogios de los doctores Esteban Jaramillo, el presidente Enrique Olaya y el doctor José del Carmen Acosta, encargados de pronunciar los tres discursos del día. Estas intervenciones resultan valiosas para conocer las esperanzas que generaba la nueva institución, así como los retos que enfrentaría en el futuro.

El primero en tomar la palabra ese 4 de agosto fue Esteban Jaramillo, ministro de Hacienda, quien había desempeñado un rol fundamental en el esfuerzo financiero de esta obra, como presidente de la junta directiva, y a quien le correspondió entregar el instituto al presidente Olaya. En su discurso, Jaramillo se refirió al significado de esta obra en el marco de las bondades del Gobierno que estaba por terminar:

Venimos a entregaros, excelentísimo señor, realizados en cemento y en la piedra, con solidez que desafía los siglos y con la austera belleza de una arquitectura sobria y armoniosa, uno de nuestros nobles pensamientos y una de vuestras grandes iniciativas de preclaro estadista, cuyo paso por el gobierno de Colombia ha sido tan corto en duración y tan largo, en beneficios para nuestra colectividad. Dignaos, señor, aceptar esta entrega, y ponerle, si lo creéis justo y equitativo, el visto bueno a la obra coronada. Ella comprende no solo este edificio de sencilla elegancia, sino cuantos elementos, útiles, maquinarias, laboratorios e instalaciones son indispensables al completo funcionamiento del Instituto, en todo lo que se relaciona con los tratamientos por el radium y por los rayos equis, desde los modestos utensilios de menaje, hasta los complicados aparatos, en cuyos nombres, más complicados aún, se mezclan y confunden, como en una pequeña Babel, las raíces y desinencias de variadas lenguas. («El Instituto de Radium fue inaugurado» 1934, 5)

El ministro también exaltó el aporte colectivo que le dio vida, mencionando específicamente el papel de los obreros encargados de la edificación, lo que estaba muy a tono con la perspectiva social que propugnaba el liberalismo por aquellos años y que había encarnado el Gobierno desde 1930:

Como en toda magna empresa llamada a perdurar, una admirable y solidaria conjunción de fuerzas espirituales y físicas se ha cumplido con la realización de esta obra. Corazones que se encienden en el fuego de todo ideal generoso y humanitario, espíritus abiertos a todas las corrientes de la gran ciencia que nos defiende del sufrimiento y de la muerte, firmes voluntarios que no flaquean ni desmayan ante los obstáculos, artífices que saben realizar la epopeya de la piedra, brazos, fuertes brazos de nuestro pueblo, infatigables en la diaria porfía, han contribuido a erigir esta hermosa fábrica, que en buena hora quisisteis encomendarles, y que será, de hoy en adelante, devoto santuario donde la humana miseria se verá visitada a todas horas por las divinidades tutelares de la ciencia, la caridad y la esperanza. («El Instituto de Radium fue inaugurado» 1934, 5)

Como ocurría con muchas instituciones hospitalarias del país, el instituto inició su vida signado por los tres elementos que destacaba Jaramillo en su discurso: la ciencia, la caridad y la esperanza; pero también por lo que él consideró una «rara y dolorosa coincidencia»: la muerte. La alusión a la muerte le permitió referirse al fatídico 4 de julio de 1934, día en que falleció Marie Curie, a causa de una anemia aplásica producto de su larga exposición al *radium*. Su mención al deceso de la científica polaca, ocurrido exactamente un mes antes de la inauguración del Instituto

Nacional de Radium, fue propicia para hacer un despliegue de retórica: «se apaga para el mundo de los mortales la llama divina que irradiaban el cerebro y el corazón de una mujer, cuyo nombre pronunciarán reverentes y agradecidos los hombres aun después de que se hayan borrado de su memoria los de aquellos que en la realización de la belleza, en el gobierno de los pueblos y en las artes de la guerra han sido el asombro de los siglos» («El Instituto de Radium fue inaugurado» 1934, 5). Así, el Instituto de Radium de Colombia constituía para Jaramillo un «templo levantado a la ciencia, para alivio del dolor humano» y un «homaje que a la gloria de los esposos Curie tributa agradecido el pueblo colombiano». Fue inevitable en su discurso una referencia también a Pierre Curie, así como al aporte que hicieron los dos esposos a la ciencia y a la medicina mundial al dotar a la humanidad del prodigioso *radium*, arrancado de las entrañas de la tierra en partículas casi imperceptibles que irradiaban como un sol en miniatura «con una emisión incesante de electricidad y calor, sin consumirse ni agotarse» y que constituía «hasta ahora un enigma indescifrable para esta ciencia humana acostumbrada a ver cómo se gasta, se extingue y se pierde en el vacío todo lo que arde y todo lo que brilla, lo que mueve y lo que impulsa, a menos que la fuerza motriz y de irradiación emane del mundo espiritual, impenetrable para esta ciencia» («El Instituto de Radium fue inaugurado» 1934, 5). Para Jaramillo «la ciencia no podrá preservarnos del dolor ni asegurarnos la inmortalidad», pero sí podría erigir defensas a una vida en permanente afirmación. Esa ciencia sería la encargada de seguir «defendiendo los días del hombre y esforzándose por hacer menos efímero y doliente su paso fugaz por la existencia. Llor a esa ciencia que aparta de nosotros siquiera por breves días, la guadaña implacable» («El Instituto de Radium fue inaugurado» 1934, 13).

Finalmente, después de estas palabras cargadas de emoción y retórica, el ministro agradeció a los doctores José Vicente Huertas, Jaime Jaramillo y Claude Regaud, a los médicos comisionados en Estados Unidos y Europa, y resaltó la importancia que para el país y su capital tenía esta obra en el campo de la salud, que estaba «al alcance de ricos y pobres, nobles y plebeyos» («El Instituto de Radium fue inaugurado» 1934, 13).

En contraste con Esteban Jaramillo, las palabras del presidente Olaya fueron breves. En ellas elogió al ministro de Hacienda, a Eduardo Santos, al doctor José Vicente Huertas y también a los médicos comisionados en el exterior, por su aporte a esta iniciativa. La tercera intervención, a cargo del doctor José del Carmen Acosta, presidente de la Academia Nacional de Medicina, fue transcrita íntegramente por el diario *El Tiempo* el domingo 5 de agosto. Se inició con un agradecimiento al Gobierno por la entrega al país del nuevo instituto que, «pese a las

muchas controversias que rodearon su iniciación, representa el primer paso fundamental que inicia la República en el camino de la investigación científica y que encarna la única esperanza para millares de nuestros compatriotas, que sienten en sus carnes el hundirse inmisericorde de las garras de ese monstruo que llamamos cáncer» («El Instituto de Radium fue inaugurado» 1934, 13). En palabras de Acosta, la decisión del Gobierno de destinar los recursos que no se habían empleado en la defensa nacional había redundado en una defensa acaso más decisiva para el país que la militar, cual era la protección de la salud de los colombianos. Ello tendría que hacerse realidad bajo la dirección de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional, comisionada para orientar el quehacer del instituto hacia la «investigación científica más severa», en primera instancia, y luego hacia el alivio y la curación de los enfermos, sin distinción de clase. Ahora bien, nada de ello sería posible, advertía Acosta, sin que el poder Legislativo completara la obra y votara las partidas necesarias para su sostenimiento, afirmación que parecía señalar justamente uno de los difíciles retos del Instituto Nacional de Radium a futuro: garantizar su financiamiento año tras año.

Una vez terminados estos discursos, los asistentes recorrieron las nuevas instalaciones y al día siguiente la prensa publicó algunas notas periodísticas. Una en particular, aparecida en el diario *El Tiempo*, ponía el acento en su importancia en el concierto nacional y latinoamericano y desplegaba una defensa del nuevo instituto frente a sus detractores, pues al parecer las críticas no cesaban. Valiéndose de notas editoriales publicadas meses atrás en el mismo diario por Luis Eduardo Nieto Caballero, este artículo resaltaba que sin «distraer uno solo de los centavos destinados a la defensa nacional de su natural objeto, pudo construirse esta soberbia fábrica con el producto de bo-



El presidente Enrique Olaya Herrera durante la inauguración del Instituto Nacional de Radium, agosto 4 de 1934. Fotografía: Archivo INC.

nos que los contribuyentes no quisieron retirar y que los bancos, con un alto sentido de solidaridad, descontaron a precios superiores a los que indicaban las cotizaciones del mercado» («El Instituto Nacional de Radium» 1934c, 4). La nota del periodista también lanzaba una indirecta a los argumentos propuestos por Esguerra meses atrás y que ocuparon varias páginas de la prensa, al sugerir que las ideas del profesor Regaud, en efecto, habían cambiado entre 1927 y 1934 y la cantidad de *radium* necesaria para implementar tratamientos eficaces contra el cáncer era mínimo de 3 gramos: «Hubo un día en que él [Regaud] consideró que medio gramo hubiera sido suficiente. La ciencia ha avanzado tanto desde entonces y el radium ha recibido tantas nuevas aplicaciones que, en su concepto, Bogotá necesita de cinco a ocho gramos. Apenas se han conseguido tres, que sin embargo son seis veces más de lo que se estimaba antes como necesario» («El Instituto Nacional de Radium» 1934c, 4). En suma, la expectativa generada por el instituto quedó sintetizada en los siguientes términos:

Muchos dolores irán a morir, como las olas, en sus playas, y muchas torturas serán suavizadas y muchas blasfemias serán acalladas y transformadas en bendiciones; Olaya Herrera, Esteban Jaramillo, Huertas, De la Cruz, Ferro, Santos, Jaramillo Arango serán recordados con gratitud y con cariño por las generaciones en quienes el flagelo del cáncer ya no causará los mismos estragos que en las generaciones cuyos lamentos llegaron a los oídos de estos hombres piadosos que pusieron cuanto fue posible de su parte para dejar plantado este fanal de la esperanza en la orilla de todas las conflagraciones. («El Instituto Nacional de Radium» 1934c, 4)

En medio de la esperanza y la emoción suscitada por la inauguración del instituto, emergieron también varias incertidumbres, expresadas más adelante en forma de conflictos y crisis que acompañaron su crecimiento, maduración y consolidación. La amenaza de nuevos ataques de sus detractores, la difícil sostenibilidad de su financiamiento, las tensiones ocasionadas por su doble papel investigativo y asistencial, el influjo de la política en su interior, su carácter público en tensión con la práctica privada y su relación con la Facultad de Medicina y con la Universidad Nacional anunciaban una difícil «adaptación neonatal».



Alfonso López Pumarejo, presidente de Colombia (1934-1938/1942-1945). Ca. 1920. Galería de notabilidades colombianas. Colección de Archivos Especiales. Sala de Libros Raros y Manuscritos. Biblioteca Luis Ángel Arango. Banco de la República, Colombia.

EL INSTITUTO ENTRA EN FUNCIONAMIENTO

El inicio de las actividades del Instituto Nacional de Radium en Colombia coincidió con la llegada al poder de Alfonso López Pumarejo y su proyecto de gobierno «La revolución en marcha». Bajo esta consigna, López pretendió impulsar la modernización del país en una clave distinta a la de los gobiernos conservadores que lo antecedieron. Su revolución bebía claramente de los postulados estatistas de la época y suponía atender la cuestión social valiéndose de una reforma constitucional (llevada a cabo en 1936) que establecería la función social del Estado, la promoción del sindicalismo y el desarrollo de diversas normas para regular la protección social de la población en aspectos como la salud, la educación, la seguridad social, la lucha contra la pobreza, entre otros. Este énfasis en la intervención social del Estado se acompañó de un proyecto de profundización del desarrollo económico, entre agroexportador e industrial, con la introducción del modelo de Industrialización por Sustitución de Importaciones (ISI) y de una ley de reforma agraria (Ley 200 de 1936) que buscó infructuosamente resolver las grandes desigualdades, los conflictos y las tensiones de la realidad agraria, en el marco de un país que era todavía mayoritariamente rural.

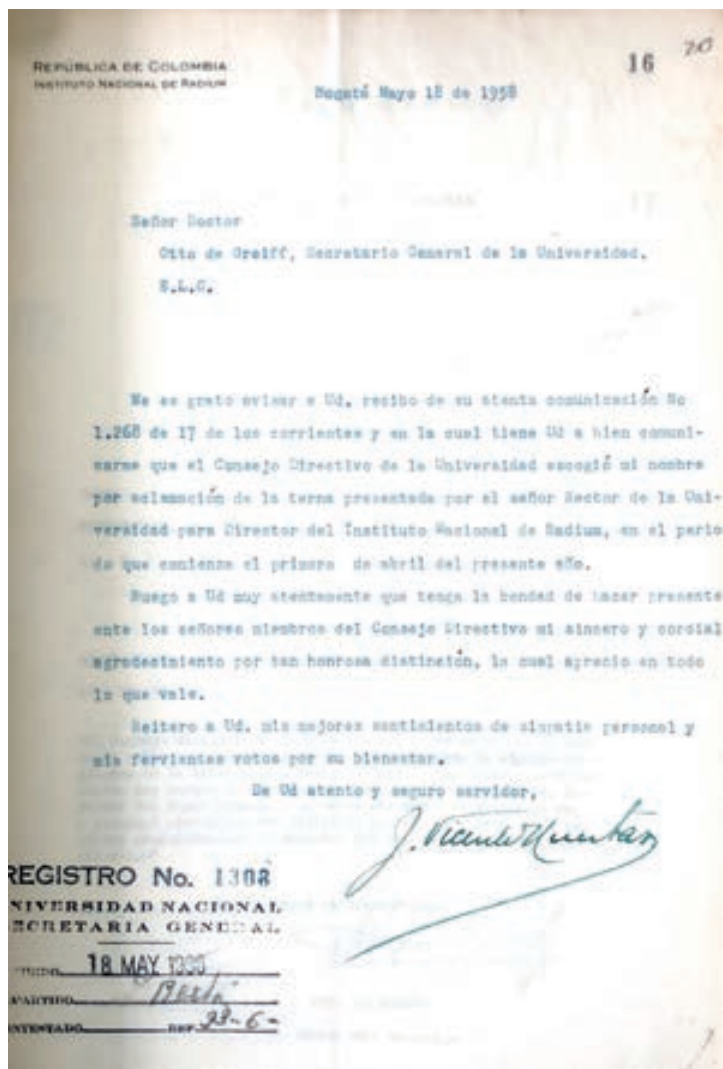
La reforma constitucional, la obra más grande en el periodo 1934-1936, según el historiador Álvaro Tirado Mejía,⁴ significó un giro del ideario liberal clásico del siglo XIX hacia un liberalismo social moderno, que señalaba así el camino del interven-

cionismo y redefinía la propiedad en función del interés común (Palacios 2002, 585-593). Por medio de la reforma constitucional y de otras disposiciones legales, el Estado avanzó en cuatro aspectos fundamentales de su modernización, pese a la oposición del conservatismo, de los latifundistas y de la Iglesia católica.

Siguiendo la tendencia del instituto de París, el Instituto Nacional de Radium comenzó su funcionamiento como una dependencia de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia.

En primer lugar, la función de las autoridades se orientó al cumplimiento de los deberes sociales del Estado y de los particulares. En segundo lugar, se aceptó que la propiedad tuviera una función social bajo la que cobraba sentido la posibilidad de expropiación. En tercer lugar, el Estado se declaraba claramente interventor. Finalmente, el cambio en las relaciones Estado-Iglesia favorecería la autonomía del primero en ciertos temas centrales de lo social, así como en el campo de la educación, específicamente, donde el poder de la Iglesia era enorme desde lo establecido en la Constitución de 1886. Dentro

4 «De la inmensa tarea desarrollada en el primer Gobierno de López Pumarejo, posiblemente sea la reforma constitucional la obra de más trascendencia, proyección y contenido doctrinario» (Tirado 1989, 339).



Carta de José Vicente Huertas dirigida al secretario general de la Universidad Nacional, aceptando el nombramiento como director del Instituto Nacional de Radium, 1938. ACH-UNAL-SB.

de las funciones sociales que debía atender el Estado estaban «la asistencia pública, la higiene, la salubridad, la educación, la protección del derecho al trabajo» (Quevedo 2013b, 103) y varios derechos sociales que complementaban iniciativas como la de la reforma agraria determinada y sancionada por medio de la Ley 200, «de tierras», de 1936.

En el contexto de esta ambiciosa «Revolución en marcha», Alfonso López Pumarejo, siendo apenas presidente electo — que no aún en ejercicio—, solicitó en mayo de 1934 a la Academia Nacional de Medicina, presidida por Rafael Ucrós, un estudio para mejorar la higiene y la asistencia pública en el país. Una de las diez comisiones creadas para este fin fue la de cáncer, integrada por el mismo Ucrós, además de Pompilio Martínez y Alfonso Esguerra, quienes naturalmente recomendaron continuar de manera activa la lucha contra esta enfermedad. Mientras López expresaba el interés de su Gobierno por el cáncer, se inició la adecuación del edificio para albergar el nuevo instituto, disponiendo en su primera planta de espacios para salas de consulta, áreas administrativas, instalaciones de *roentgente-rapia* general y especial, radiodiagnóstico, anfiteatros, cocina, despensas, dormitorios, capilla, espacios para servicios varios, entre otros. En el segundo piso se ubicaron los laboratorios de anatomía patológica, además de oficinas, comedores, biblioteca, la sección de aplicación de *radium* con su cúpula, celdas de hospitalización, sala de conferencias y otros servicios asistenciales y médicos. El tercer piso incluía el importante componente de cirugía con sus celdas de hospitalización y las habitaciones de las Hermanas de la Caridad (Otero 1999, 78). El pabellón contiguo, todavía en construcción y llamado luego Pabellón de Pobres, había sido planeado para alojar a 160 enfermos cómodamente instalados como lo estableció la Ley 146 de 1936, que

dispuso la apropiación de 50 000 pesos del presupuesto nacional para dicho propósito. Su terminación tomó quince años.

Siguiendo la tendencia del instituto de París, el Instituto Nacional de Radium comenzó su funcionamiento como una dependencia de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia y el Consejo Directivo eligió como director a José Vicente Huertas —el 27 de abril de 1935— quien había sido presidente de la junta administradora. En mayo, la Resolución 113 de 1935, de la Universidad, autorizó al ecónomo del instituto para hacer los nombramientos del personal doméstico necesario. El 10 de mayo, y con base en el artículo 8 del Decreto 665 de 1935, que concedía potestad al Consejo Directivo de la Universidad para hacer los nombramientos en el Instituto Nacional de Radium, se expidió la Resolución 88, por la cual se nombró como médico ayudante de la Sección de Radiumterapia al doctor Jorge Suárez Hoyos y como primeras enfermeras externas del instituto a las señoritas Ana Izquierdo, Briseida Cadena, Elisa Fergusson, Julia Restrepo, Laura Melguizo, María Helena Rodríguez, Inés Hernández, Inés Anzola, Carolina Londoño e Inés Arango. El 14 de junio, la Resolución 125 complementó este grupo con las enfermeras externas María Vásquez y Emma Restrepo y con las enfermeras internas María Sarmiento y Elvira Salgado. El 9 de agosto, por medio de la Resolución 147 de 1935, se incorporaron el médico residente Hernando Ordóñez y el ayudante quirúrgico, doctor Pablo Toivar. Luego, mediante Resolución 204 de la Universidad, ingresaron la enfermera interna Aura María Soto, el interno Carlos Márquez Villegas, el sirviente de laboratorios Francisco Pulido y el fotógrafo Darío Cuervo.

Pero una de las normas más importantes de aquellos primeros meses fue la Resolución 179 del 30 de septiembre de 1935,

por la cual se aprobaron modificaciones a la Resolución 1 de 1934 del Instituto Nacional de Radium, sobre tarifas de hospitalización, tratamientos y demás servicios anexos. Las modificaciones del Consejo Directivo, consultadas con su Junta Directiva, establecieron los valores que se cobrarían a los pacientes por cada procedimiento de acuerdo con su capacidad de pago y los cuales revelan los costos del tratamiento contra el cáncer durante aquellos años, como se muestra en la Tabla 5.

La relación entre la Universidad y el instituto se consolidó en 1935, cuando la Ley 68 de diciembre de ese año, orgánica de la Universidad Nacional, dispuso en su artículo 2 que el instituto se incorporaría como entidad dependiente de la Universidad. Por ello, el doctor Huertas (reelegido en 1938 y en 1940) hizo parte, a partir de ese momento, del Consejo Académico de la Facultad de Medicina. A su vez, fue la facultad la encargada de darle forma al reglamento del Instituto Nacional de Radium. En este se buscaba especificar las funciones de la dirección general, los mecanismos para la elección de los cargos directivos y otros asuntos administrativos.

Una de las discusiones más importantes alrededor de la aprobación del reglamento fue la de las tarifas que se debían aplicar a los enfermos y que se relacionaba con el temor que se había generado dentro del gremio médico de que su existencia afectara las clínicas particulares y el mismo ejercicio liberal de la profesión. Ello obligó al decano de la Facultad de Medicina, el doctor Calixto Torres Umaña, a dirigir una circular a los médicos para que opinaran sobre la extensión que debía darse a los servicios de la naciente institución. Afirmaba Torres:

Hay el temor de que el Instituto Nacional de Radium pudiera constituir una competencia de Estado para los especia-

Tabla 5. Tarifas de tratamientos, pensiones y servicios del Instituto Nacional de Radium

Concepto	Valor
Pensión por hospitalización	De 4 a 10 pesos diarios
Tratamientos radiumterápicos	De 50 a 200 pesos cada uno
<i>Roentgenterapia</i> profunda	De 5 a 15 pesos la hora
<i>Roentgenterapia</i> semiprofunda	10 pesos cada aplicación
<i>Roentgenterapia</i> superficial	5 pesos cada aplicación
Rayos límites	De 5 a 10 pesos cada aplicación
Radiografías de control para enfermos del Instituto	De 5 a 25 pesos
Tarifa de biopsia	25 pesos
Tarifa de exámenes hematológicos	5 pesos
Derechos de sala de operaciones	40 pesos
Intervenciones quirúrgicas	50 a 500 pesos
Electrocardiogramas	Hasta 25 pesos
Metabolismo basal	Hasta 25 pesos
Consultas	5 pesos

Fuente: adaptado de la Resolución 179 de septiembre 30 de 1935, del Consejo Directivo de la Universidad Nacional de Colombia.

listas en las materias de que se ocupa el Instituto; para las casas de salud, por estar aquel establecimiento montado en condiciones insuperables de comodidad y de elementos de toda clase; para los cirujanos, porque a pesar de que el Instituto no se ocupa sino de las enfermedades tratables por el Radium y por los rayos X, se considera por algunos colegas que el grupo de estas enfermedades cubre un radio bastante amplio; y para los médicos que se ocupan de las materias relacionadas con el Instituto. («El Instituto de Radium y su función» 1935, 3)

Resulta evidente que el debate propuesto por el *decano* de la facultad⁵ hacía referencia a la defensa ejercida por parte del gremio médico del carácter liberal de su profesión. Era inocultable el malestar que ocasionaba en los médicos de aquel tiempo cualquier iniciativa estatal de organización asistencial, por percibirla como una competencia desigual y desleal frente a la iniciativa privada, la consulta particular y la posibilidad que tenían los galenos de asignarse libremente sus propias tarifas. Para la opinión pública, en cambio, la discusión había que situarla en el intervencionismo de Estado propuesto por el liberalismo en aquellos años y debía concretarse en un modelo en el que se privilegiara el interés social sobre las consideraciones gremiales y corporativas, sin llegar a la gratuidad total o a la negación de la asistencia para los más pudientes.

Por ello, los editorialistas del diario *El Tiempo* insistían en que «el Instituto de Radium debe tratar gratuitamente a los

pobres, y debe tener también tarifas adecuadas para las gentes acomodadas que puedan pagar los servicios y quieran aprovecharlos. No sería equitativo que los recibieran gratuitamente y que no contribuyeran pudiendo hacerlo al sostenimiento de esa entidad que ha costado al Estado sumas tan ingentes» («El Instituto de Radium y su función» 1935, 3). El pago de los ricos ayudaría al Estado a mejorar el instituto y a garantizar la asistencia médica a los pobres, lo cual permitiría, a su vez, que quienes quisieran acceder a clínicas particulares quedarán en libertad para hacerlo. El sentido de defensa de la función social del instituto propuesto por la columna del diario *El Tiempo* se anticipó al espíritu de la reforma constitucional emprendida un año después en el país, así como al arreglo que se afianzó en los años siguientes para establecer una clasificación socioeconómica que permitiera el cobro equitativo en las tarifas del instituto:

Que las tarifas sean justas, que no se fijen con un criterio de competencia, lo cual sería incorrecto, ni menos de privilegio, y que en todo esto se proceda ante todo con un criterio social, de interés público, de servicio a la comunidad. Estamos seguros que esta será la respuesta de los señores médicos a la circular del rector de la Facultad de Medicina, y esperamos también que, desvanecidas resistencias inexplicables, se reconozca al fin que el Instituto Nacional de Radium es una entidad que honra a Colombia y merece apoyo unánime, que debe ser mirada por los profesionales médicos con orgullo, y que constituye para seres infinitamente desgraciados una vasta esperanza y un consuelo constante. («El Instituto de Radium y su función» 1935, 3)

5 Precisamente, hasta Calixto Torres Umaña, el decano de la Facultad de Medicina recibía el título de «Rector de la Facultad de Medicina».

La columna de *El Tiempo* terminaba con una formulación explícitamente humanística tendiente a orientar las discusiones sobre la atención del cáncer en aquellos tiempos, y que podría tener vigencia en la actualidad: «no sería admisible que asunto tan delicado y tan doloroso se quisiera considerar con un criterio distinto del interés de la humanidad que sufre, y a la cual ha querido servir el Estado con este nobilísimo esfuerzo» («El Instituto de Radium y su función» 1935, 3). Desde este momento la función social del instituto quedó grabada en su quehacer y, al revisar la documentación para hacer su historia, aparece como una constante en toda su existencia.

Resuelto este debate, la propuesta de reglamento interno fue aprobada por la Universidad. Desde esta perspectiva, se estableció finalmente un mecanismo equitativo de tarifas, con asistencia gratuita para los más pobres y se regularon otros aspectos de la organización del instituto. La Ley 8.^a del 16 de enero de 1936, que facultó el manejo que se debía dar a los dineros recibidos por los servicios prestados, y la Ley 146 del 29 de octubre de 1936, que ordenó la apropiación en el presupuesto nacional de 50 000 pesos para el pabellón de pobres, redondearon las decisiones sobre el tema de las tarifas y los servicios llamados «de caridad». Pero, como era de esperarse, estas normas que garantizaban la sostenibilidad financiera en sus primeros años provocaron la reaparición de las críticas de los detractores, quienes ahora señalaban que el presupuesto de la Universidad, el del Ministerio de Educación y el del mismo Estado se estaba desangrando debido a las altas erogaciones derivadas del sostenimiento de la institución. A ello se sumaban críticas por los altos sueldos de los directivos y los reclamos por una supuesta exclusión en la atención de pacientes que provenían de otras provincias o ciudades.

De hecho, muchas de estas críticas se venían haciendo desde hacía dos años (noviembre de 1934), cuando el nuevo instituto apenas comenzaba a funcionar. El escenario fue la Cámara de Representantes, con motivo de un proyecto de ley que incluía disposiciones para el Instituto Nacional de Radium dentro de un articulado concebido inicialmente para definir algunas reglamentaciones sobre la Policía Nacional. En este debate, transcrito parcialmente los días 15, 20 y 21 del mismo mes en el diario *El Tiempo*, se repitieron viejos argumentos contra el instituto y surgieron nuevas revelaciones sobre acontecimientos ocurridos en los meses anteriores, que ayudan a entender las motivaciones de los actores implicados en estas polémicas.

El proyecto de ley, que ya se encontraba en su tercer debate, estaba destinado a aumentar el personal de la Policía y contenía otras disposiciones, una de las cuales se refería específicamente a la apertura de un crédito para pagar ciertas deudas del instituto, además de definir algunas normas para su funcionamiento. La primera carga de los detractores provino de Emilio Jaramillo, representante a la Cámara del Partido Liberal, quien consideraba que lo referente a la Policía era muy justo y oportuno, pero no así lo que tenía que ver con el instituto. Jaramillo aseguró que «era sencillamente monstruoso haber reunido en un solo proyecto, como lo habían hecho los ministros de gobierno y de hacienda, dos cosas tan disímiles como el aumento de la policía y la reglamentación de la radiumterapia» («Fuertes censuras se hicieron» 1934, 9). El representante Ríos Hoyos, del Partido Conservador, interpeló a Jaramillo afirmando que en el instituto se habían gastado 750 000 pesos, abusando de las facultades extraordinarias otorgadas por el poder Ejecutivo durante la Guerra con el Perú y gastando ilegalmente los fondos de la defensa nacional, pues con solo 100 000 pesos se habría podido

llevar a cabo la obra. En respuesta a esta acusación, Jaramillo —quien, al parecer, no era opositor radical al instituto— pidió centrarse en la discusión técnica y legislativa del proyecto de ley y no convertirlo en arma política, a lo que Hoyos respondió acaloradamente afirmando que no se retractaba de sus acusaciones. Este contrapunteo inicial expresaba claramente las tensiones políticas del bipartidismo en los años treinta y la manera como muchos temas de interés nacional quedaban atrapados en esta disputa sectaria y partidista por el poder.

El representante Falla introdujo otro elemento en la discusión, al afirmar que «el gobierno mezclaba los artículos referentes al Instituto con el proyecto referente a la policía, y con ello atribuía al nuevo establecimiento de salud una organización de negocio, lo que constituía una competencia desleal con las clínicas particulares, dejando de lado que los fines del Instituto deben ser de estudio y experimentación» («Fueres censuras se hicieron» 1934, 9), y sostenía que el instituto debía depender del Departamento Nacional de Higiene y no de la Facultad de Medicina. Tras esta intervención, los representantes que estaban de acuerdo con esta posición propusieron devolver el proyecto a segundo debate para modificar lo referente al instituto. A estas alturas, el representante Peñaranda se opuso, aclarando que «lo hacía como abogado, ya que los oradores anteriores que habían hablado antes lo habían hecho como médicos» y aclaró que el proyecto no buscaba que los enfermos pudientes pagasen los servicios para enriquecer al instituto, lo que generó un vivo debate que sacó nuevamente a la luz la defensa de los médicos de su profesión liberal. El periódico cerraba su información sobre este debate en los siguientes términos: «Todo esto produjo una viva discusión en la cual intervinieron todos los médicos de la Cámara para

sostener sus conceptos de que el Instituto venía a hacer una competencia desleal a las clínicas privadas» («Fueres censuras se hicieron» 1934, 9).

Para el doctor Jaime Jaramillo Arango, entrevistado por un periodista de *El Tiempo*, las críticas llevadas a la Cámara se debían a «la pasión política contra la administración pasada», la de Olaya, y a una «animadversión declarada contra algunos de los que en la obra intervinimos», o simplemente estaban motivadas por intereses personales. Para él tales críticas, en lo fundamental, descansaban en cuatro aseveraciones. La primera, que el Gobierno no había tenido en cuenta los conceptos técnicos en la materia debatida, como sucedió con los de los doctores Alfonso Esguerra, especializado por más de doce años en estas cuestiones, y Roberto Restrepo, de Manizales, quien había traído por su cuenta algunos centigramos de *radium* al país. Para Jaramillo esta objeción no era cierta, pues el Gobierno había pensado desde el principio en el nombre de Esguerra, entre otros, para llevar a cabo la obra, «a lo cual él se manifestó complacido y dispuesto». Pero «posteriormente las conversaciones no se adelantaron más por motivo de un incidente de prensa censurable, provocado por él [por Esguerra] y sobre el cual a su debido tiempo traeré el testimonio del doctor Edmundo Rico, de Enrique Santos y de Fabio Restrepo». A esta revelación se sumó lo expresado en el debate de marzo de 1934 por el mismo Jaramillo, sobre por qué a Esguerra no se le siguió consultando: «No obstante ser indiscutible la autoridad del doctor Esguerra, su autoridad yerra, y yerra en asuntos de gran monta» («El Instituto... la importancia» 1934, 13).

La segunda aseveración se relacionaba con una crítica surgida en el debate sobre la cantidad de *radium* que se debía comprar y su costo, una discusión ya tratinada, pero que ahora traía

nuevas revelaciones. En la Cámara de Representantes se volvió a afirmar que el país solo necesitaba 50 centigramos, pues un gramo valía 90 000 dólares. Jaramillo insistió en las sugerencias hechas por Regaud sobre comprar 3 gramos como mínimo, pero añadió un elemento de tipo ético sobre sospechas o calumnias en relación con la conducta de Regaud, que no se había revelado antes:

[...] para quienes no lo consideran a él [Regaud] con suficiente autoridad, o sugieran, como no ha faltado quien sugiera, que él tenía interés en que se comprara mucho radium porque iba a recibir una comisión tanto mayor cuanto más grande fuera el pedido (ya supongo yo la indignación o el desprecio que él va a sentir cuando conozca como de él han pensado en Colombia, él, que si por algo se ha hecho grande ha sido por su saber y por su desprendimiento, sin que sus discípulos lo hayan defendido), para estos, digo, existen otros conceptos, que también algún día verán la luz pública. («El Instituto... la importancia» 1934, 13)

Estas afirmaciones de Jaramillo revelan la posible causa por la cual Regaud estaba indispuerto con los médicos comisionados que habían llegado meses atrás a su instituto en París y justificaban su mala actitud con Brigard y, posiblemente, con el mismo Esguerra. Sobre el problema del valor del *radium*, Jaramillo se encargó de aclarar la discusión con información que él mismo llamó «oficial». Los críticos afirmaban que el gramo se había comprado a 90 000 dólares, pero según el contrato celebrado entre los representantes del instituto y la Unión Minera del Alto Katanga, el precio de los 3 gramos fue de 2 415 170,25 francos franceses, que se pagaron mitad al contado y la otra mitad

con un año de plazo. Lo pagado en francos por esos 3 gramos equivalía a 191 112 dólares, que incluían los costos de seguro, certificado y despacho, lo que suponía que el gramo había costado en realidad 63 704 dólares, es decir, 26 295 dólares menos de lo afirmado por los críticos. Esta cifra, además, se acercaba de manera clara al precio de las cotizaciones hechas por los comisionados en Europa (40 000 dólares el gramo) y al de los artículos publicados en la prensa (50 000 dólares el gramo de acuerdo con el diario *El Tiempo*), sin contar los costos de seguro, envío y certificado.

La tercera aseveración iba en el sentido de afirmar que el país no requería una obra tan grande, pues resultaba desproporcionada con las necesidades nacionales. En respuesta, Jaramillo señaló que ya existían en Argentina y Europa instituciones de la misma clase aún más grandes e importantes, por lo que el INR no era exagerado y tampoco había costado los 750 000 pesos que decían sus críticos. Y de ninguna manera habría podido erigirse con la tercera parte de ese valor, como algunos contradictores habían sugerido, alegando la necesidad de ahorrar recursos. Así mismo, se había cuestionado el hecho de que el instituto no se pusiera bajo el control del Departamento de Higiene, que no se hubiesen establecido antes de su fundación clínicas seccionales y que se cobrara a los ricos por los servicios asistenciales. Hábilmente, Jaramillo contestó una a una estas ideas enunciando que la naturaleza investigativa y docente del instituto lo ubicaba más en la Universidad que en el Departamento de Higiene. Recordó también la tendencia europea de crear primero instituciones centrales bien dotadas, ante las limitaciones presupuestales de las provincias para comprar equipos tan costosos, y luego sí desplegar instituciones regionales de menor calado. Finalmente, recordó que en Medellín,

Pedro Nel Cardona, y en Manizales, Roberto Restrepo estaban construyendo instituciones similares, para el uso del *radium*.

La cuarta aseveración hecha por el representante Falla apuntaba a la injusticia de que se le cobrara solo a los ricos por los servicios del instituto. Jaramillo respondió recordándole que esta modalidad se usaba en otros países, pues era lo más justo y natural, y afirmaba que dichas tarifas eran preferibles al costo que suponía viajar al exterior a hacerse tratamientos iguales a los que se podían suministrar en el instituto. Sus palabras al respecto fueron contundentes:

Precisamente porque la iniciativa y el capital privado no pueden disponer del dinero para comprar estos elementos en las condiciones requeridas, es que el gobierno los compra y los pone al servicio de la población del país, sea esta rica o pobre. Todos los institutos del mundo establecen una tarifa para las clases acomodadas, y esta entrada ayuda al sostenimiento, que por otra parte es dispendioso. («El Instituto... la importancia» 1934, 13)

Las críticas al INR eran tan arbitrarias que incluso se esgrimió el argumento contrario: que era solo para atender a los ricos, pues no se había entregado un pabellón para los pobres. La defensa de Jaramillo sobre este punto da cuenta nuevamente del sentido social que rodeó al instituto desde su concepción, el cual se expresó en su ubicación premeditada junto al gran ícono de la atención para pobres en Bogotá, el Hospital San Juan de Dios:

Todo el mundo sabe que si el Instituto Nacional de Radium está colocado donde está, y no en otro lugar, es decir costado a costado con el Hospital San Juan de Dios, y casi pared con

pared, eso se debe precisamente a la idea que el Gobierno y la Junta Organizadora del Instituto tuvieron de que sus recursos científicos pudieran beneficiar en forma gratuita los 1.200 enfermos que aloja ese hospital, los 300 o 400 del Hospital de La Misericordia, los del Hospital de San José, y todo infeliz que de Bogotá o del país necesitase ir a recibir allí sus tratamientos. En su mayor parte se debe al esfuerzo generoso de Rafael Mutis García, un verdadero apóstol de las clases desvalidas el que la honorable Asamblea de Cundinamarca del año 32 hubiese cedido el terreno en donde hoy se levanta la construcción. («El Instituto... la importancia» 1934, 13)

Esta oposición le recordaba a Jaramillo la que se había hecho el año anterior al Servicio de Electrorradiología y Fisioterapia que la Facultad de Medicina inauguró en el Hospital San Juan de Dios, a pesar de que había producido grandes resultados en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes. Al parecer este tipo de críticas se enmarcaban en un fenómeno más general, el del rechazo al cambio en el ámbito de la medicina nacional.

Lo cierto es que este debate profundizó el rechazo por parte de algunos sectores médicos hacia el INR, una institución bien dotada y con un grado de autonomía amplio, hasta el punto de que se le volvió a describir como confinada en un «espléndido aislamiento». La ausencia inicial de cursos abiertos a todos los médicos del país ayudó a reforzar esta idea e incrementó el malestar de algunos miembros de la Academia Nacional de Medicina, pues no había indicios sobre cómo se implementaría y adelantaría la función docente; tampoco había claridad en ese momento sobre el tema de las publicaciones. Pero era cierto que hasta ahora estaba arrancando y el camino para arribar a

El canon por cada hermana era de veinte pesos moneda corriente, pagados en mensualidades vencidas.

Al aporte laboral de las hermanas se sumaban médicos, enfermeras, técnicos y todo el personal de servicios que durante los primeros años experimentó cambios permanentes, como lo muestran algunos casos tomados un tanto al azar en la amplia documentación consultada, pero no agotada, para este libro. Por ejemplo, en junio de 1936, presentó su renuncia el doctor Celedonio Medina y se asignó al doctor Carlos Márquez Villegas, entonces interno, como nuevo médico residente.⁶ Márquez Villegas cumplió un papel destacado en la institución unos años después, como se verá más adelante. También se daban relevos y nombramientos en el personal de enfermería y de otros frentes administrativos y de servicios. En remplazo de la enfermera Elisa Fergusson Huertas se nombró a Isabel Camacho Lorenzana y Julia D' Achiardi remplazó a su colega Inés Hernández. Desde la dirección se tomaban medidas para normalizar y dar estabilidad a la planta del personal, lo que era indispensable para sostener la dinámica de una entidad que apenas nacía. Por ejemplo, se ratificaba en su cargo al señor Baldwin Klebauer, quien estaba vinculado al instituto desde el mismo momento de su apertura como técnico en el campo de los aparatos de radiología; otro tanto sucedía con el «maestro» Fabián Romero, el «oficial» Luis Méndez y con Domingo Sánchez, quien se desempeñaba como «peón». Movimientos de personal como estos ritmaban la marcha cotidiana del instituto desde sus primeros tiempos y le ponían rostro y nombres propios al personal que hacía posible su existencia hacia adentro y hacia fuera.

6 Para el puesto de interno se candidatizaron Hernando Latorre y Octavio Villegas, este último finalmente fue nombrado.

Para julio de 1936, Huertas solicitó al rector de la Universidad, Gabriel Durana, una reconsideración del sueldo de las enfermeras, lo que constituía una preocupación del director por las condiciones salariales del personal del Instituto Nacional de Radium. Pero había más que eso. Antes de la solicitud de Huertas, la Secretaría General de la Universidad había recibido una carta firmada por Eduardo Santos y por otras renombradas figuras del liberalismo colombiano, como Luis Cano, Jorge Eliécer Gaitán, Francisco de Paula Pérez y Francisco Samper, además de Esteban Jaramillo (un conservador atípico por su ilustración y su talante liberal), solicitando el mencionado aumento de sueldo (ACH-UNAL-SB 1936a, f. 42). No había terminado el mes de julio cuando a tales solicitudes se sumó la de varias enfermeras, como Julia Restrepo Uribe, María Vásquez, María Sarmiento, Aura Soto y Rosana Palacios en el mismo sentido. Con ese apoyo político tan significativo, no hay duda de que esta aspiración sa-



Guerra de Crimea: hermanas de la Caridad cuidando a los soldados heridos de la Batalla de Inkerman. Litografía a color de Le Par (?), 1855. Wellcome Collection. CC BY-NC

Roberto Franco F., Rector de la Universidad

Presente.

ango la honra de dirigirme a Ud. para manifestarle lo siguiente:

En la entrevista que tuve con el Sr. Síndico y el Sr. Auditor la Contraloría tuve ocasión de hacerles algunas insinuaciones relacionadas con el presupuesto del Instituto en la próxima vigencia y las cuales comunico a Ud. por medio de la presente a fin de tener su apoyo en vista de que las pequeñas modificaciones introducidas son de equidad.

Tales modificaciones se refieren a los siguientes sueldos:

serviente de los laboratorios \$50.00 mensuales en lugar de \$40.00
de enfermeras externas a \$80.00 en lugar de \$60.00
cuatro enfermeras internas a \$50.00 en lugar de \$40.00
cocinera a \$20.00 en lugar de \$15.00

Los pequeños aumentos se justifican plenamente.

Además hay otro punto muy importante para el Instituto y el cual consta en mis informes pasados anualmente al antiguo Rector Dr. Duran Camacho: Los doctores Rafael Meoz, Gonzalo Reyes García y Miguel Antonio Rueda han atendido respectivamente y sin recibir suma alguna hasta el presente, las consultas de órganos de los sentidos, enfermedades de la piel y vías urinarias. Los servicios prestados por los mencionados doctores son de gran eficacia en cada una de las especialidades enumeradas con aplicación a la conducta que debe seguirse para los tratamientos por Radium, Rayos X. o cirugía. Cada uno ha una consulta semanal de dos horas. Por consiguiente creo que una asignación de \$10.00 a cada uno por consulta o sean \$40.00 mensuales debe ser apropiada desde el año entrante.

Doy a Ud. las mas expresivas gracias por la atención que se digna dar a la presente y me es grato suscribirme como su muy atento servidor.

J. Vicente Huertas
DIRECTOR.



Elementos de museología, INC.

Página izquierda: comunicación dirigida por el doctor José Vicente Huertas al rector de la Universidad Nacional para tratar asuntos de sueldos de personal, 1937. ACH-UNAL-SB.

Página derecha: registro de pedidos solicitados por la Universidad Nacional para el Instituto Nacional de Radium, 1938. ACH-UNAL-SB.

34

UNIVERSIDAD NACIONAL

ARCHIVO

Indicador: INSTITUTO DE RADIOLOGIA MATERIAL Y FISICOS

Clasificación: 33-7

Numero	Fecha	CONTENIDO	Indicador
1.377	May. 17	The American Journal of Roentgenology and Radium Therapy remite lista publicacione s con los precios....	1
1.479	Jun. 27	Secretario Univ. remite al director copia de la Jm. y el del consejo directivo dando una subscripción a la biblioteca referente a un pedido a la Casa Siemens	2
1.479	Jun. 27	Secretario Universidad remite a la Secretaria la liquidación del pedido y los documentos por Wiedemann....	3
		Oficinas relacionadas con el pedido de varillas de hilo-	

38

THE AMERICAN JOURNAL OF ROENTGENOLOGY AND RADIUM THERAPY

CHARLES C. THOMAS PUBLISHER, SPRINGFIELD, ILLINOIS, BALTIMORE, MARYLAND

ARCHIVESE

THIS PREPUBLICATION PRICE SAVES YOU FOUR DOLLARS

A Special Prepublication Price to Subscribers Only
\$9.50 a copy postpaid - in the United States, Canada and Latin America
for the CONSOLIDATED INDICES, Author and Subject, 1903-1937

EXTRACTS

- * Transactions of the American Roentgen Ray Society *
(1903-1908)
- * American Quarterly of Roentgenology *
Volumes I-V (1906-1913)
- * American Journal of Roentgenology *
Volumes I-IX (1913-1923)
- * American Journal of Roentgenology and Radium Therapy *
Volumes I-XXXVIII (1923-1937)

The Subject Index contains about 180,000 references
The Author Index contains about 21,500 references

This prepublication price to subscribers will save you \$5.00. The after publication price is \$13.50 a copy postpaid, United States, Canada, and Latin America.

THERE IS NO DIFFERENCE IN PRICE BETWEEN CLOTH OR PAPER BINDING.

These indices make these periodicals the most useful reference sources of information in roentgenological literature. The indices, which include both original articles and abstracts, cover most of the world roentgenological literature published from 1903-1937. Kindly send in your order today.

Respectfully,
Charles C. Thomas
CHARLES C. THOMAS

ORDER

CHARLES C. THOMAS, PUBLISHER, 425 East Monroe Street, Springfield, Illinois, U.S.A.

Please enter my order for one copy of the CONSOLIDATED INDICES at the Prepublication Price of \$9.50 postpaid. Resilience is enclosed, or Resilience is sent under separate order.

Name _____ Address _____

Check here for the binding you want _____ Cloth _____ Paper _____

larial recibió una respuesta favorable y permitió el incremento de 40 a 60 pesos mensuales como asignación para las enfermeras externas, y de 20 a 40 pesos para las internas. Ahora bien, los sueldos de las enfermeras contrastaban con los de otros trabajadores del instituto. Por ejemplo, una lavandera externa y una interna recibían 12 y 8 pesos mensuales, respectivamente. Las cocineras Emilia Garzón y Carmen Rosa Bogotá, las encargadas del comedor Roselina Fernández y Bárbara Ramírez y las lavadoras Ana Fernández, Rosa Tulia Carranza y Mercedes Rodríguez ganaban 8 pesos mensuales y debían cumplir con jornadas y labores extenuantes (ACH-UNAL-SB 1936b, f. 42).

El trabajo del personal técnico también era arduo, pero, además, producía afectaciones en la salud de las que la dirección y los mismos trabajadores tenían una parcial conciencia. El caso del ya citado alemán Baldwin Klebauer es notable al respecto. Este técnico en rayos X asumió, además de sus funciones, las del señor Alberto Pardo, mecánico electricista, quien se había retirado en diciembre de 1936. Esta doble función le supuso a Klebauer un aumento de su salario de 100 a 150 pesos mensuales. Sin embargo, en 1938 presentó su renuncia, debido a problemas de salud derivados de su trabajo y expresó su interés de viajar a Alemania, por lo que la Universidad lo auxilió con 400 pesos, como se informó al consul de ese país, O. Kemmler (ACH-UNAL-SB 1938a, f. 127).

Además de las realidades laborales, el instituto comenzaba a enfrentarse a otras dinámicas cotidianas complejas que requerían esfuerzos y recursos, como la adquisición de medicamentos e insumos, asunto este que también brinda información sobre sus aspectos terapéuticos, de higiene y de nutrición. En 1936 se compraron para el instituto, a la Droguería Jorge Garcés, productos como Dioxogen, novalgina (18 pesos), adalina (15 pesos), fanodormo (7,20 pesos) y piritano (28 pesos). A ello se su-

maban el sedol, la morfina, la atropina, la coramina y el calcio. En las adquisiciones no podía faltar el mercado de plaza para la alimentación diaria, que en julio de 1936 tenía un valor de 64,80 pesos por semana, a lo que se sumaban otros gastos menudos que alcanzaban la cifra de 14 pesos semanales, según lo informaba la hermana María Guillermina (ACH-UNAL-SB 1936c, f. 163). A estas erogaciones se añadían los costos por el lavado de ropa, sábanas, fundas y otros materiales, de lo que hasta ese año se encargaban personas externas. Para solventar este tema del lavado de prendas se construyó un lavadero con un costo de 480,10 pesos. Igualmente, se seguía gestionando la construcción de un pabellón destinado a «la clase media, a enfermos pobres y a empleados que no disponen sino de un sueldo muy bajo» (ACH-UNAL-SB 1936d, f. 118). Estas adquisiciones e inversiones se hacían con presupuestos casi siempre insuficientes que obligaban al instituto a demandar el apoyo pecuniario de la Universidad y que significaban esfuerzos financieros adicionales para el Gobierno nacional. El presupuesto general para 1936 fue de 100 000 pesos provenientes del Ministerio de Educación con la distribución que se muestra en la tabla 6.

Los sueldos del personal médico, técnico y de servicios en esa destinación presupuestal se asignaban como lo indica la tabla 7. Además de estos recursos, el Instituto Nacional de Radium debía pagar deudas por los equipos comprados en el exterior. Para ello fue preciso pedir un crédito con aval del Ministerio de Hacienda y la Contraloría General, con el fin de cancelar facturas a The Curacao Trading Co. —importador e intermediario para Colombia—, referentes al monto de 7500 pesos adeudados a la casa Siemens & Halske, así como facturas por elementos suministrados por Wiedemann & Walters. Estas últimas sumaban 3632,39 pesos (ACH-UNAL-SB 1936e, f. 165).

Tabla 6. Presupuesto del Instituto Nacional de Radium en 1936*

Rubro	Valor
Sueldos del personal y reserva 60 de la contraloría para médicos contratados	49 980
Alimentación, drogas, muebles, servicio de luz, agua y teléfono	29 040
Conservación y reparaciones del edificio	8 520
Gastos varios	12 460
Total	100 000

En medio de estas dinámicas, las tensiones entre el instituto y la Universidad Nacional no se hicieron esperar. En temas como el manejo del presupuesto o la realización de pedidos, el síndico de la Universidad tenía preeminencia sobre el del instituto y no fueron pocos los llamados de atención del primero para exigirle al segundo orden y organización y para recordarle quién tomaba las decisiones. Además, pronto se hicieron visibles demandas salariales de los trabajadores, que exigían ser considerados como cualquier empleado de la Universidad, que se sumaban a las permanentes solicitudes de aumento de salarios debido a la difícil situación económica que vivía el país. Por ejemplo, en agosto de 1937, varias enfermeras externas del instituto le solicitaron nuevamente al rector del *alma mater* en ese momento, el doctor Roberto Franco, un aumento de sueldo, aduciendo no solo necesidades económicas, sino también «los quebrantos de salud a que estamos expuestas por las irradiaciones» (ACH-UNAL-SB 1937a, f. 30). Esta vez la solicitud, firmada

Tabla 7. Personal del Instituto Nacional de Radium*

Personal	Mensual	Anual
Un jefe de sección quirúrgica	200	2400
Un jefe de sección médica	200	2400
Tres médicos ayudantes	120 cada uno	4320
Un médico residente	150	1800
Un ayudante quirúrgico	100	1200
Un interno	40	480
Un encargado de laboratorio	50	600
Un sirviente de laboratorio	40	480
Cinco enfermeras internas	20 cada una	1200
Diez enfermeras externas	40 cada una	4800
Un mecánico electricista	80	960
Un fotógrafo	30	360
Un experto en radiofísica	100	1200

Personal	Mensual	Anual
Un ecónomo habilitado	150	1800
Un secretario general encargado de la estadística	100	1200
Un portero	40	480
Un ascensorista ayudante del portero	30	360
Un capellán	50	600
Seis hermanas de la caridad contratadas	20 cada una	1440
Cuatro jefes de sección contratados	400 cada uno	19 200
Personal de servicio, sirvientas, cocineras, lavadoras, costureras, etc. y asignación de un peso diario para locomoción del ecónomo habilitado	-	200
Total		49 980

131
INC

*Fuente: elaboración propia con base en el ACH-UNAL-SB.

por Marina Wiesner, Isabel Camacho y Nina Rodríguez, tuvo que entrar a la lista de espera, pues existían otras necesidades vistas como prioritarias por la dirección del instituto, dentro de las que estaba la compra de un seguro para el *radium* y la ampliación de la infraestructura. La primera de estas dos tareas era necesaria, teniendo en cuenta el alto valor del *radium* en el mercado mundial y el riesgo a que estaba expuesto por pérdida o robo. Justamente, en octubre de ese año, el doctor Daniel Brigard informó a José Vicente Huertas la pérdida de un tubo con 6,66 miligramos de *radium*-elemento. Ello hizo más urgente negociar una póliza con la Compañía Colombiana de Seguros, para proteger los 3 gramos y 10 miligramos de *radium* con que se contaba. Era habitual que en la aplicación de la *radiumterapia* se desprendieran de la pasta Colombia los tubos con la sal de *radium*, por lo cual estos debían reacomodarse, a riesgo de perderse, lo que justificaba plenamente su aseguramiento. Sin embargo, en ese momento de la historia del instituto no logró concretarse el valor de la póliza.

En lo que sí se avanzó fue en la construcción del pabellón para pobres, que exigió un gran compromiso financiero apoyado en el presupuesto de la Universidad y en el Gobierno central, así como en donaciones privadas. Una de ellas, en particular, tuvo lugar en octubre de 1937, cuando el señor Alberto Ruge, a nombre de la Asamblea General de Accionistas de la Sociedad Urbitorbi S.A., donó mil pesos que se entregarían en mensualidades de 100 pesos, y con un adelanto de 300 pesos. Estos recursos vendrían a complementar los 14 889 pesos destinados ese año a la construcción, conservación y reparación de edificios del instituto dentro del presupuesto de la Universidad. En la tabla 8 se detalla el presupuesto de 1937 y allí se puede apreciar la inclusión de los recursos para la infraestructura.

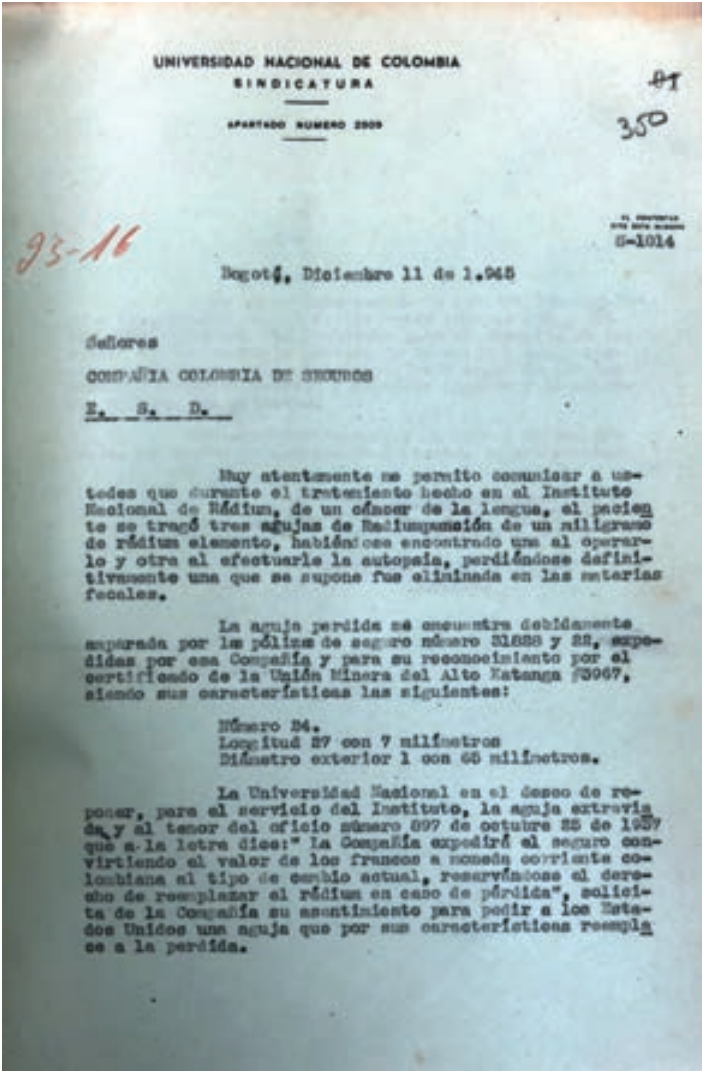
Con las obras del nuevo pabellón para pobres financiadas y en marcha, en 1937 llegó el momento de renovar una vez más el contrato celebrado con las Hermanas de la Caridad, coyuntura que sacó a la luz algunos cambios que comenzaban a registrarse en la sociedad colombiana en torno a la secularización de la asistencia en salud. En esta ocasión, al solicitar el concepto a la rama Judicial sobre este contrato, el magistrado de la Corte Suprema de Justicia, Juan Francisco Mujica, expresó que si bien el documento no tenía defecto alguno, él no era partidario «de la intervención de las Hermanas de la Caridad en las clínicas, sencillamente porque esa comunidad no fue fundada con ese objetivo y sus estatutos y reglas de vida, por consiguiente, chocan con muchas de las actividades que debe desarrollar un personal hospitalario para la efectividad de su misión» (ACH-UNAL-SB s. f.a). Mujica, miembro fundador del Partido Comunista, fue el primer magistrado de esta orientación política en la historia de la Corte Suprema de Justicia y sus posturas iban más allá del anticlericalismo para demandar una visión científica y moderna de la atención del cáncer. Por ello, afirmaba: «En este caso particular, ignoro, y el contrato no especifica, cuáles son las prestaciones científicas que las Hermanas de la Caridad deban realizar en el Instituto Nacional de Radio» (ACH-UNAL-SB s. f.a).

Acontecimientos como este evidenciaban la presencia del laicismo del que era portador el liberalismo lopista de ese entonces, lo que significaba una ruptura —apenas superficial, pero importante— con el clericalismo predominante durante la Hegemonía Conservadora, que debió ceder un poco ante las corrientes modernizadoras de los años treinta. En paralelo, avanzaba una lenta y progresiva secularización de la atención en salud, cada vez más volcada hacia la centralidad de la ciencia moderna y menos hacia la caridad, cada vez más dependiente

Tabla 8. Presupuesto para 1937

Rubro	Valor
Personal del instituto	31 287
Doctores Daniel Brigard, Ruperto Iregui, Juan Pablo Llinás y Alfonso Flórez	19 200
Hermanas de la Caridad	1440
Alimentación de enfermos hospitalizados, médicos, enfermeras, Hermanas de la Caridad y sirvientes	18 000
Construcción, conservación y reparación de edificios	14 889
Luz, teléfono y agua	5500
Material de curación y drogas	3600
Servicios de radiografías, laboratorio, repuestos, maquinaria, equipos, útiles de escritorio, culto, aseo, lavado de ropa y otros	6000
Total	99 916

Fuente: elaboración propia con base en el ACH-UNAL-SB.



Solicitud de reposición de una aguja de radium perdida a la compañía de seguros. ACH-UNAL-SB.



Correspondencia sobre el manejo financiero del caso del paciente Salomón Rodríguez.

ACH-UNAL-SB.

del Estado que de la Iglesia católica y sus comunidades hospitalarias. Justamente, esa creciente estatización de funciones sociales antes asumidas por instancias privadas de diversa índole obligó al Estado a intervenir activamente para corregir ambigüedades y excesos que se presentaban en la práctica de las profesiones en campos como la salud y la educación. Tal fue, por ejemplo, el caso de la Contraloría, que se opuso en su momento a que los decanos de algunas facultades de la Universidad percibieran un sueldo allí y otro en diferentes oficinas públicas u hospitales. Después de nutridas comunicaciones y debates, la posición provisional del Ministerio de Educación consistió en argumentar que los decanos cumplieran funciones más relacionadas con la educación que con la administración, por lo que no estaban ejerciendo funciones incompatibles. Sin embargo, el tema no estaba resuelto completamente y persistía el problema de la duplicidad de tiempos de trabajo. Esta polémica alcanzó, incluso, al recién creado instituto, y reaparece en varios momentos de la historia nacional.

Dos aspectos llamativos del funcionamiento del instituto a finales de los años treinta eran el costo que tenían los servicios para los particulares y los problemas financieros que se derivaban de aquellas situaciones que terminaban con la muerte del paciente. Ejemplo de ello es el caso del señor Salomón Rodríguez, quien ingresó para su tratamiento en septiembre de 1938 y dejó en la Secretaría el recibo de un depósito en el Banco de Colombia por la suma de 150 pesos a favor del instituto, para que este retirara esa suma, cubriera el valor de los servicios y devolviera el resto. El trámite no se pudo realizar, entre otras cosas, porque el señor Rodríguez entró en estado de afasia debido a una hemorragia cerebral que le impedía hablar y escribir y, lo peor de todo, su deuda con el instituto ya superaba el dinero consignado. Como muestra la tabla 9, los costos de la hospitalización, los tratamientos y los exámenes, ya ascendían a 155 pesos.

Una hospitalización de quince días, como la del señor Rodríguez, podría consumir lo equivalente a un salario mensual de uno de los altos funcionarios del instituto y en circunstancias como las descritas atrás, el monto alcanzado por la atención hacía imposible el cobro efectivo de las cuentas una vez los pacientes empeoraban o fallecían. Esto causaba problemas financieros, pues para 1938 predominaba el aporte del Estado, y los ingresos por venta de servicios a pacientes particulares eran muy reducidos, debido a su pobre afluencia frente al gran número de aquellos remitidos por la Benefi-

Tabla 9. Gastos de hospitalización de un paciente en 1938

	Presupuesto al ingreso		Gastos reales	
	6 días a 4 pesos día	24	15 días a 4 pesos día	60
Hospitalización				
Tratamiento de <i>radium</i>	-	65	-	65
Examen de laboratorio	Biopsia	25	-	25
Examen de sangre	-	5	-	5
Total	-	119	-	155

cencia que no podían pagar. Esta estructura de financiamiento hizo al instituto dependiente del Estado en sus primeros años, más si se tiene en cuenta los elevados gastos en el pago del personal y en las labores de construcción de infraestructura, como se puede apreciar en el presupuesto de 1938 (tabla 10).

Las dificultades financieras no impidieron, sin embargo, que avanzaran otros aspectos del instituto como el trabajo de difusión científica. En el Consejo Directivo de la Facultad de Medicina, del 22 de octubre de 1940, el doctor José Vicente Huertas presentó una comunicación sobre tumores del seno, de la cual él era autor de los contenidos clínicos y quirúrgicos. El presidente del Consejo, doctor José María Montoya, sugirió agendar el análisis del documento para el 29 de octubre en una sesión extraordinaria dedicada a la lectura y discusión del trabajo del doctor Huertas (Acta de la sesión del 22 de octubre de 1940).

La publicación de este tipo de trabajos comenzó en 1940, con la aparición de una revista denominada *Archivos del Instituto*

Tabla 10. Presupuesto para 1938

Rubro	Valor
Personal científico del instituto	16 500
Personal administrativo del instituto	19 489,50
Doctores Daniel Brigard, Ruperto Iregui, Juan Pablo Llinás y Alfonso Flórez	19 200
Hermanas de la Caridad	1440
Equipos	2500
Alimentación de enfermos hospitalizados, médicos, enfermeras, Hermanas de la Caridad y sirvientes	12 000
Luz, teléfono y agua	5000
Útiles de escritorio y otros gastos	2000
Material de curación y drogas	2000
Conservación del edificio y equipos	1310,50
Servicios de radiografías, laboratorio	3500
Construcciones	15 060
Total	100 000

Fuente tabla 9: elaboración propia con base en el ACH-UNAL-SB.

Fuente tabla 10: ACH-UNAL-SB.



Carátula Archivos del Instituto Nacional de Radium. Editorial Minerva, 1941.

Nacional de Radium. El volumen 1, fascículo 1, se ha considerado el primer y más valioso texto de oncología publicado en Colombia hasta ese momento. En este predominaba la influencia francesa, pero despuntaban ya referencias muy claras a la medicina norteamericana. Bajo la dirección del doctor Huertas, el volumen recogió trabajos sobre los temas reseñados en la tabla 11.

Tabla 11. Referencia a los artículos publicados en el primer número de los Archivos del Instituto Nacional de Radium, 1941

Temas	Autor
Tumores de seno	José Vicente Huertas
Algunas consideraciones histológicas sobre los epitelomas de seno	Juan Pablo Llinás
Algunas anotaciones sobre el tratamiento roentgenterápico del cáncer de seno	Ruperto Iregui
Comentarios sobre la <i>radiumterapia</i> postoperatoria de los tumores de seno	Carlos Márquez Villegas
Comentarios sobre el cáncer de cuello uterino	Daniel Brigard
Radiología de las metástasis de los tumores del seno	Eduardo Ricaurte
Tratamiento del hipertiroidismo por rayos X	Alfonso Flórez
Sarcomas tratados por <i>roentgenterapia</i> en el instituto	Celedonio Medina
Anotaciones sobre algunos accidentes producidos por el tratamiento radioterápico	Gonzalo Montes Duque

Fuente: Elaboración propia.

En esta publicación se incluyó la producción llevada a cabo por «el personal científico que atiende las diversas secciones en que se halla dividido el Instituto para su funcionamiento, y con las cuales se contribuye al estudio de los variados problemas que debe resolver la Cancerología». Un trabajo en particular resulta interesante. Se trata del texto presentado por Carlos Márquez Villegas, egresado de la Universidad Nacional de Colombia y especialista en *radiumterapia* de París, donde estableció contacto con un Regaud desgastado por los años y por la enfermedad y a quien Márquez le llevó como regalo un álbum de fotografías del instituto. En su publicación de los *Archivos*, este médico daba cuenta de la evolución de los tumores del seno tratados en el Instituto Nacional de Radium desde 1935 hasta 1940.

El volumen 1, fascículo 1 [de los *Archivos del INR*], se ha considerado el primer y más valioso texto de oncología publicado en Colombia hasta ese momento.

En el subperiodo de 1935 a 1938 acudieron al instituto un total de 249 mujeres, de las cuales se atendieron 134, no se trató a 41, se diagnosticaron como intratables 44 y se identificaron 30 fibroadenomas. Márquez describía, además, que las primeras irradiaciones se habían llevado a cabo en cánceres cervicouterinos, debido a la constitución de este órgano, su riqueza en

tejido muscular y fibroso, su relativa radiorresistencia y no ser vital para la enferma, por lo que los rastros de una defectuosa técnica no serían un problema. Su disertación también reconstruía la evolución de la *radiumterapia* desde 1905, cuando se produjeron las primeras aplicaciones, pasando por 1907, cuando Dominici inició el uso de una pared de plata para la filtración de los elementos radioactivos y llegaba hasta 1920, momento en que maduró la técnica del profesor Regaud, que tomaba aspectos anteriores y los complementaba con la ampliación de las irradiaciones a todo el territorio pélvico de manera homogénea. Esta técnica, conocida como «de Regaud», fue empleada en el Instituto Nacional de Radium en los años siguientes. Sobre la cúpula de *radiumterapia* empleada en el instituto, Brigard hizo una breve descripción, recogida por Otero, que la caracterizó del siguiente modo:

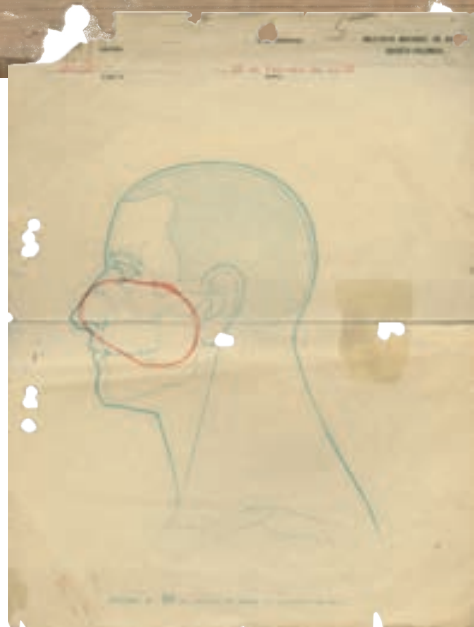
- Carga: dos gramos de *radium*-elemento
- Filtración: un milímetro de platino
- Distancia focal-piel: ocho centímetros
- Campo cutáneo: 60 cm² o 108 cm² según necesidad (Otero 1999, 87)

ARRANCA LA LABOR ASISTENCIAL

Según Juan Jacobo Muñoz (1995), la vida asistencial del Instituto de Radium se inició con la atención de la que fue calificada por él como «la primera paciente», la señora Armida Parada, atendida el 7 de enero de 1935 y registrada con la Historia 1 del pensionado del instituto. La señora Parada ingresó con un diag-

[illegible][illegible]

Detalles de la historia clínica
de la que se considera la primera
paciente atendida en el INR. Archivo INC.



FECHAS.	OBSERVACIONES.
23 de agosto /70	Se suspendieron las inspecciones por presentar sistema de alarma total en edificio "B" edificio en el piso.....212,40
	Inspección en 22 días
	Inspecciones en 26 días
	Inspección en 44 horas
	Inspección por día. 107,50
	Inspección por hora. 275,40
	Inspección por minuto. 4,54
	Se da revisión por minuto. 107,50.
	Se da inspección:
	Saldo inspección 5.545,40
	Saldo inspección 5.497
24 de agosto /70	Se da revisión de la alarma para sistema de alarma total en edificio "B" edificio en el piso.....212,40
	Inspección en 22 días
	Inspecciones en 26 días
	Inspección en 44 horas
	Inspección por día. 107,50
	Inspección por hora. 275,40
	Inspección por minuto. 4,54
	Se da revisión por minuto. 107,50.
	Se da inspección:
	Saldo inspección 5.545,40
	Saldo inspección 5.497
25 de agosto /70	Se da revisión de la alarma para sistema de alarma total en edificio "B" edificio en el piso.....212,40
	Inspección en 22 días
	Inspecciones en 26 días
	Inspección en 44 horas
	Inspección por día. 107,50
	Inspección por hora. 275,40
	Inspección por minuto. 4,54
	Se da revisión por minuto. 107,50.
	Se da inspección:
	Saldo inspección 5.545,40
	Saldo inspección 5.497

nóstico de tumor mixto del seno maxilar izquierdo, hecho por el doctor Ruperto Iregui, y recibió un tratamiento con rayos X profundos. Sin embargo, como refiere Otero (1999, 83), el médico Carlos Rey propuso en su momento otra versión de los hechos, en la cual el primer enfermo atendido fue un hombre de 55 años a quien se le diagnosticó un endosteliosarcoma del maxilar superior, que también recibió un tratamiento de rayos X profundo. Esta divergencia de versiones sobre el primer caso atendido la esclarecieron Constanza Pardo y Héctor Posso, en su artículo histórico publicado en 2003, cuando al revisar el registro de los casos de cáncer diagnosticados en el instituto a partir del 1.º de enero de 1935, encontraron como primer caso el de una mujer con lesión de tipo benigno (tumor mixto del seno maxilar), que coincide con el caso de la señora Parada, y como segundo caso (historia 2) el de un hombre con diagnóstico histológico de epiteloma basocelular (Pardo y Posso 2003). Lo que sí parece bien establecido es que el primer médico residente a cargo de los enfermos fue el varias veces citado Carlos Márquez Villegas.

La consulta en aquel momento estaba dividida en la matinal, destinada para los enfermos pobres de solemnidad que se atendían separadamente de acuerdo con su sexo, y en la de la tarde, para los pacientes que podían pagar su valor. También se diferenciaba entre la consulta por primera vez y la de control. El instituto enviaba correspondencia a los pacientes que no acudían a su cita programada, sin importar la razón aducida para el incumplimiento. Poco a poco fue aumentando el número de pacientes que consultaban, lo cual mostró una gran diversidad de expresiones del cáncer y visibilizó los traslapes en el diagnóstico de este con enfermedades infecciosas, inflamatorias y autoinmunes, todas sujetas indiscriminadamente al tratamiento por *radiumterapia*. De algunos de ellos es posible conocer

parte de su historia clínica. Por ejemplo, como lo afirman Andrés Cardona, Ludovic Reveiz y Pedro Ramos (2005, 45), en su revisión histórica del archivo del instituto, el caso 35, de 1935, correspondió a un hombre de 37 años con artritis reumatoide crónica tratado con *telecurieterapia* siguiendo las indicaciones terapéuticas en boga desde por lo menos 1929 para el manejo de enfermedades inflamatorias crónicas. El paciente recibió rayos X sobre 8 campos, durante 26 días, hasta completar una dosis total de 1800 rads, tras lo cual se documentó una remisión del dolor, una mejoría significativa de la movilidad y una mayor facilidad para la marcha. Tras un segundo ciclo de irradiación con rayos X, el paciente se mostró asintomático y se le recomendó iniciar medicación antiartrítica complementaria. El uso de la *radiumterapia* en condiciones benignas tuvo especial acogida en Europa y Asia hasta 1980, cuando disminuyó el interés por esta práctica debido a la publicación de varios informes que sugerían, paradójicamente, que incrementaba el riesgo de cáncer (Cardona, Reveiz y Ramos 2005, 46).

Como lo consignan Germán Barbosa y Marion Piñeros (2004), en 1935 se recibieron en el instituto varios casos de sífilis nasal y de rinoscleroma, con los cuales se siguió la orientación terapéutica que era usual en el San Juan de Dios unos años atrás: la *radiumterapia*. Al menos 5 mujeres diagnosticadas y tratadas de esta manera obtuvieron distintos resultados entre ellas. No se pudo establecer la razón de estas discrepancias porque en aquella época existían limitaciones evidentes para un diagnóstico diferencial entre las enfermedades inflamatorias, las infecciosas y el cáncer.

Los niños y los jóvenes también fueron objeto de atención en el naciente instituto. El 22 de abril de 1935 se registró el caso de una paciente de dos años y medio, remitida del Hospital de

La Misericordia, con un cuadro de retinoblastoma evidenciado a partir del estudio histológico. La niña fue tratada desde el 13 de mayo con rayos X profundos y terminó el tratamiento el 22 de julio con reabsorción completa del tumor. En los controles realizados meses después se reportó el hallazgo de nuevas tumores y al examen histológico se identificaron como metástasis del tumor original. La niña finalmente murió (Ureta et al. 2005).

Otros casos no relacionados con el cáncer los han reconstruido históricamente médicos y otros profesionales actuales del instituto, con base en su archivo. El caso 126 de 1935 correspondió a una joven paciente de 38 años con el diagnóstico de «linfadenia aleucémica crónica», compatible histológicamente con una posible tuberculosis ganglionar. A ella se le hicieron irradiaciones sobre cuatro campos cervicales y los médicos de la época iniciaron «manejo con sofganal⁷ [sic] inyectable administrado periódicamente, hasta obtener la resolución de la inflamación y disminución de la secreción» (Ureta et al. 2005, 131). La biopsia, realizada el 6 de agosto

7 En el artículo citado se refiere erróneamente al sofganal. Puede ser una equivocación de la historia clínica o bien de su lectura, pues en realidad se trata de *solganal*, sales de oro, que desde los tiempos de Robert Koch, en 1880, constituía la única sustancia que inhibía *in vitro* el crecimiento del bacilo tuberculoso, descubierto por él ocho años atrás. En 1913, Bruck y Glück informaron sobre la efectividad terapéutica de las sales de oro en el lupus y la tuberculosis pulmonar. Posteriormente, entre 1924 y 1929, el *Acta Tuberculosea Scandinavica* publicó 32 informes relativos a la crisoterapia como tratamiento para la tuberculosis humana. En 1927, Landé sostuvo que las sales de oro tenían un efecto antiséptico inespecífico y en particular una de ellas, poco tóxica, la aurotiglicosa, principio activo del solganal, podría usarse para combatir diversas enfermedades bacterianas. Para ampliar esta discusión, véase Cañas et al. (1997, 19-33).

de 1935, y el examen histológico número 203 revelaron en efecto un proceso tuberculoso;⁸ no obstante, el caso había sido confundido con un linfoma, error frecuente descrito por Fox en 1926. Otra posibilidad es que la paciente pudo haber tenido un linfoma de Hodgkin con afectación ganglionar asociado a una tuberculosis (Ureta et al. 2005, 133). Lo cierto es que durante estos años se creía en la capacidad antibacteriana de la radiación a bajas dosis, pero, luego, la comprensión del mecanismo terapéutico se concentró en la modulación de la respuesta inmune y no en la acción sobre los gérmenes, pues para lograr un efecto bacteriostático marginal se requerían dosis muy elevadas. Con estas orientaciones, la idea de tratar la tuberculosis con *radiumterapia*, surgida en 1907, se mantuvo por lo menos hasta 1959, cuando ya se había introducido el tratamiento antimicrobiano farmacológico, sobre todo para las adenitis tuberculosas cervicales y axilares.

En el mismo año se diagnosticó en un hombre de 38 años un encondroma, tumor óseo benigno que no fue posible diferenciar claramente de un condrosarcoma. El caso ingresó en 1935 al instituto y fue seguido hasta 1963, lo que revela tanto el esfuerzo por garantizar el control de los pacientes en el largo plazo como el compromiso del paciente por atender su enfermedad. En este caso, el examen histológico practicado en 1939 mostró un condroma con posible degeneración maligna. Des-

8 En 1965, Stephen Dewing publicó el libro *Utilidad de la radioterapia en las enfermedades benignas*, en el que revisaba la literatura producida entre 1918 y 1960, introduciendo varios cuestionamientos sobre la *telecurieterapia* como pilar del tratamiento de múltiples enfermedades agudas y crónicas (Ureta et al. 2005, 133).

pués de una cirugía practicada ese año, en 1940 el paciente volvió a consultar por la aparición de dos nuevas masas y en 1945 y 1958 por sendas recidivas sin metástasis (Barbosa 2006).

Uno de los casos más curiosos recibido en el instituto, en 1935, fue el de una paciente de 25 años con acromegalia, percibida especialmente por el crecimiento anormal de la cara y las extremidades, y quien cursaba además con compresión cerebral e insuficiencia suprarrenal. La paciente fue diagnosticada con un tumor de la glándula pituitaria y fue tratada con rayos X, de lo cual se obtuvo una mejoría temporal. Sin embargo, un tiempo después regresó y los hallazgos radiológicos demostraron la continuación del cuadro y la carencia hormonal. Tras una fallida trepanación de cráneo, falleció (Barbosa, Wiesner y Garavito 2004, 51).

Finalmente, el caso 5, documentado en archivos, constituye una clara mirada anatomoclínica del cáncer de seno y podría ser el primer caso de carcinoma de la glándula mamaria estu-

diado y atendido en el instituto. Se trataba de una paciente de 57 años que asistió el 12 de enero de 1935 con una masa ulcerada en la glándula mamaria y el diagnóstico histológico de epitelio-ma atípico pseudoacinoso con invasión ganglionar. El 4 de marzo del mismo año se le realizó tratamiento quirúrgico con una técnica implementada por el doctor Huertas, que incluía vaciamiento completo de la axila, pero sin llegar a constituir la técnica de mastectomía radical propuesta por Halsted. La paciente falleció tras la comprobación de múltiples metástasis en el pulmón, el 20 de marzo de 1937 (Wiesner et al. 2003). La dificultad de lograr un adecuado diagnóstico histológico que diferenciara el componente epitelial y glandular, junto a las particularidades quirúrgicas de este caso, dan buena cuenta de las limitaciones propias de la anatomopatología de la época, donde si bien se contaba con conocimientos frescos y de punta a nivel mundial, no siempre se podía llevarlos a la práctica.

Precisamente la sección anatomopatológica, dirigida por Juan Pablo Llinás, inició sus funciones de diagnóstico y docencia a principios de 1935. De acuerdo con el archivo de informes histopatológicos del Laboratorio de Patología del Instituto de Radium (tabla 12), el primer estudio en la vida institucional fue realizado a una mujer con una lesión en la piel de la región nasomalar, diagnosticada como epitelioma basocelular el 20 de enero de 1935. Como sugieren Elvira Castro y Germán Barbosa, «en el primer año de funcionamiento del Instituto, al menos hasta el 15 de noviembre, fueron atendidas 620 personas, se hospitalizaron 264 y de ellas fueron declaradas intratables 94» (2002, 57).

Las «autopsias» (necropsias) fueron una herramienta fundamental en la visión anatomoclínica que tenía gran peso en la práctica médica. La primera referencia clara encontrada en el



Paciente con acromegalia atendida en el INR, en 1935. Archivo INC.

Tabla 12. Reconstrucción de labores asistenciales durante el primer año de funcionamiento del Instituto Nacional de Radium

Labores	Primer año de funcionamiento
Atendidos	620
Hospitalizados	264
Intratables	94
Tratados con <i>radium</i>	17
Tratados con <i>roentgenterapia</i> semipenetrante	105
Tratados con <i>roentgenterapia</i> profunda	49
Cirugías	110
Radiografías	429
Exámenes de anatomía patológica	702
Autopsias	7

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de Castro y Barbosa (2002, 57).

instituto sobre las autopsias aparece, como lo sugieren Castro y Barbosa (2002), en el reporte histopatológico 168 de 1935; sin embargo, ese no es un informe de autopsia completo y posiblemente se trató de un paciente fallecido en el instituto al cual se le realizó este procedimiento en el Hospital San Juan de Dios, como era habitual.

Los primeros intentos de cuantificar nuevos casos de cáncer ocurrieron en 1936, cuando se contabilizaron 256, de los cuales 254 eran primarios y 2 con localización primaria desconocida

Tabla 13. Casos nuevos de cáncer en 1936

Casos	Número
Total de casos nuevos	256
Primarios	254
Localización primaria desconocida	2
	107
Piel	Basocelulares (52,3 %)
	Escamocelulares (38,3 %)
	56
Aparato genital femenino	Cuello uterino (83,9 %)
	Carcinomas escamocelulares (93,6 %)
Vías digestivas	27
Glándula mamaria	27
Tejidos blandos	11

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de Pardo y Posso (2003, 44).

(tabla 13). La mayoría de ellos, 107, eran de piel, 56 de aparato genital femenino, 27 de vías digestivas, 27 de glándula mamaria y 11 de tejidos blandos, y luego seguían otros menores con cifras exiguas. «El 83,9 % de los casos de cáncer del sistema genital femenino, eran de cuello uterino y, de éstos, el 93,6 % consistía en carcinomas escamo celulares invasivos» (Pardo y Posso 2003, 44).

FOLIO 5

Apellido: ABERTINI Obs. No. 5

Nombre: LUILA Enviado por: DR. ROBERTO SANMARTIN

Edad: 57 años Tratamiento hecho por el Dr. Huerlas

Profesión: _____

Dirección: CALLE 21 # 3-45 TELEFONO # 22-83 Tratamiento _____

Referencias: VIRGINIA GARCIA CUERPE DEL DUEÑO. Empleado CIRUGIA
CALLE 21 # 3-45

1ª Consulta el 12 DE ENERO DE 1935 1º Tratamiento el MARZO 4 DE 1935

190-80717

Diagnóstico: EPITELIOMA DEL SENO. ADENOPATIAS AXILARES SIN CARACTER DEFINIDO.

Resumen de la Observación: CASO OPERABLE.

Histología No. 11 Diagnóstico: EPITELIOMA ATIPICO PUNDO-ACINOSO
GANGLIOS INVADIDOS POR UN EPITELIOMA ATIPICO

Esta labor asistencial iniciada en el instituto animó la discusión sobre el cáncer en Colombia, de modo que en el Quinto Congreso Médico Nacional, realizado en Barranquilla, la sección novena estuvo dedicada exclusivamente a la radiología, la *roentgenterapia* y la *radiumterapia*, y en la sección quinta se estableció una subsección sobre el cáncer y su tratamiento quirúrgico. En algunas intervenciones de este congreso, realizado en diciembre de 1936, se exaltó la radioterapia, iniciada en el moderno instituto, con el profesor Juan Pablo Llinás como jefe del laboratorio (Hernández 2002; Quevedo et al. 2013b). En este mismo escenario, se comunicó a los médicos asistentes la intención de construir filiales del INR en todo el territorio nacional. Ello se comenzó a materializar en los últimos meses

de 1936, cuando se aprobó una ley que creaba en otras secciones del país centros de lucha anticancerosa, con la condición de que los departamentos contribuyeran con una suma igual a la que la Nación les destinaba. De igual modo, se propuso que el instituto, hasta entonces adscrito a la Universidad Nacional, pasara a la Dirección Nacional de Higiene, pues los médicos creían que este cambio facilitaría la centralización del desarrollo de campañas de carácter sanitario y el levantamiento de estadísticas sobre el cáncer, los pacientes y el personal especializado en cancerología, incluyendo los servicios de radio-

Detalle de la quinta historia clínica, que corresponde a una paciente con carcinoma de glándula mamaria, atendida en el INR en 1935. Archivo INC.

terapia y cirugía. Sin embargo, como la Dirección de Higiene no era aún una entidad sólida y no tenía las condiciones para adscribir al instituto, se postergó la iniciativa de trasladarlo del ámbito educativo al de la salud.

Para 1941 se hizo evidente la preocupación por mantener un constante seguimiento de la evolución de los pacientes atendidos en el instituto. Ello conllevó la creación de un sistema de correspondencia consistente en cartas dirigidas a los médicos en los ámbitos locales y regionales, en las cuales se afirmaba que el instituto tenía «especialísimo interés en vigilar el curso de los enfermos que hayan sido tratados y que hayan vuelto a sus lugares de procedencia o a sus ocupaciones habituales» (Brigard 1941, 179) y se les solicitaba información o datos significativos sobre su evolución. También se diseñaron formularios dirigidos a los alcaldes municipales en los que se ponía el acento en su responsabilidad como funcionarios públicos para contribuir a la campaña contra el cáncer:

El Instituto Nacional de Radium se halla muy interesado en la campaña contra el cáncer. Uno de los medios más eficaces de dicha labor es la información que el Instituto reciba de las personas que haya tratado para poder perfeccionar sus métodos. Dado el espíritu público suyo y los medios de información de que usted dispone en su Municipio, no vacilamos en dirigirnos a usted, previamente autorizados por el señor Gobernador, para pedirle de la manera más atenta algún informe del paciente_____ que vive en ese lugar y fue tratado en el Instituto. (Brigard 1941, 180)

Otra carta se enviaba a los pacientes para instarlos a retomar los tratamientos, volver a la consulta y reportar su evolución.

LA FUNCIÓN DOCENTE

La formación de personal técnico competente en todas las ramas del instituto fue una necesidad identificada muy temprano por la Universidad Nacional, y fue el rector del momento, Gabriel Durana Camacho, quien así lo expuso al director del instituto, José Vicente Huertas, hacia finales de 1936. Era natural que el instituto, como una dependencia de la Universidad, cumpliera una misión formativa, pero ello causaba tensiones con la asistencia a particulares, es decir, a aquellos que pagaban por sus servicios y no provenían de la Beneficencia. Para Huertas el problema radicaba en que «el instituto, en su funcionamiento y dados los fines a que atiende, es una institución *sui generis*, pues al lado del servicio de asistencia social que presta con benéficos resultados contribuye con igual eficacia a la salud de la clientela civil que paga los servicios que allí se les prestan» (ACH-UNAL-SB 1936f). El hecho de contar con clientes privados —denominados *civiles*, en términos de Huertas— suponía que estos tenían derecho a consideraciones y privilegios, que incluían el secreto profesional y no ser involucrados sin su consentimiento en el ejercicio de la docencia hospitalaria. Al respecto, afirmaba Huertas: «No puede obligárseles a exámenes y demostraciones a que voluntariamente no quieran someterse» (ACH-UNAL-SB 1936f).

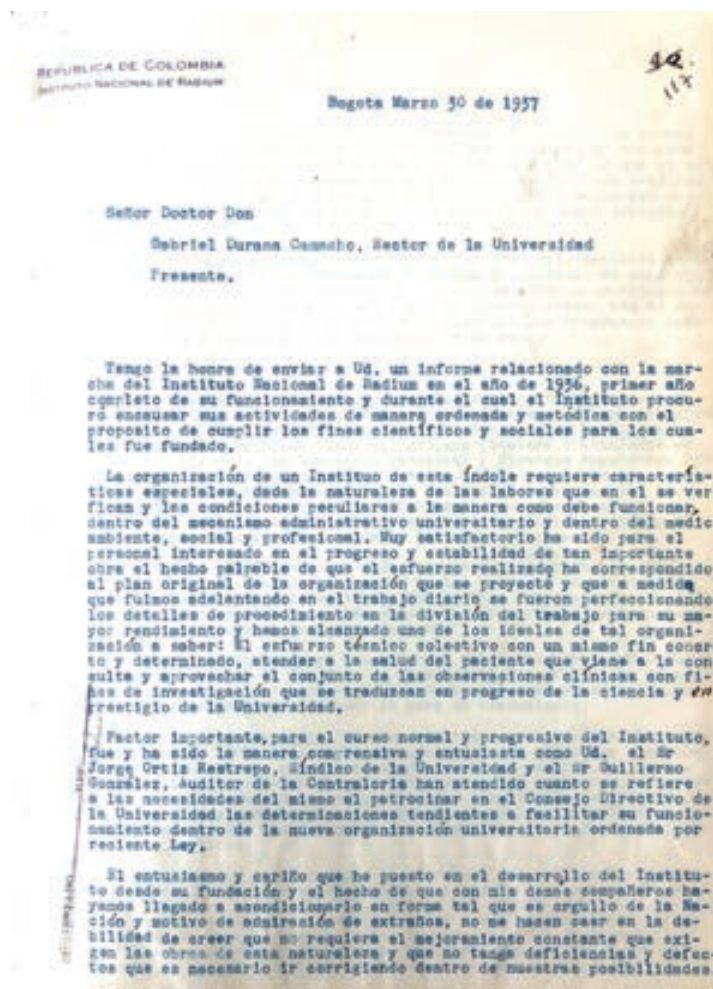
Por contraste, el mismo Huertas consideraba que los enfermos pobres enviados por la Junta General de Beneficencia y atendidos gratuitamente en las salas del Hospital San Juan de Dios estaban obligados a contribuir a la función docente y de enseñanza (ACH-UNAL-SB 1936f).

La alternativa propuesta por Huertas consistía en la implementación dentro del pénsum de la Facultad de Medicina de la Cátedra de Cancerología, la cual podría desarrollarse en el

servicio hospitalario del instituto y en el pabellón para pobres del San Juan de Dios. Ello podría complementarse con la formación de un grupo muy limitado de médicos graduados, nacionales o extranjeros, durante un *stage* en el instituto —denominación usada por Huertas, siguiendo la tradición del término francés *stagiaire*—, mediante el cual podrían especializarse en algún campo de la cancerología al lado de los profesionales. La recepción de las ideas de Huertas por parte de Durana fue inmediata y redundó en la elaboración de un proyecto de acuerdo en docencia que debía ser presentado al Consejo Académico para que tal iniciativa se pusiera en marcha en 1937.

La labor asistencial iniciada en el instituto animó la discusión sobre el cáncer en Colombia.

Si bien la estructura docente formal no era muy sólida aún, durante la celebración de la Primera Semana Médica, en 1937, tuvo lugar uno de los momentos formativos más importantes del instituto en aquellos años. El 23 de agosto, los profesores Huertas, Llinás, Brigard, Iregui, Flórez y Atalaya realizaron demostraciones sobre el tratamiento y la curación del cáncer frente a médicos llegados de las regiones más apartadas del país, consistentes en operaciones, exámenes diagnósticos, aplicaciones y ensayos con *radium*. El éxito de estas demostraciones quedó registrado en una nota del diario *El Tiempo* que permite captar la representación que la opinión pública iba formándose sobre el instituto: «La demostración de ayer [...] es la prueba



Fragmento de una comunicación dirigida al rector de la Universidad Nacional, 1937. ACH-UNAL-SB.

definitiva de que en Colombia sí pueden darse instituciones verdaderamente científicas, a la manera de esta, nuestra institución central de investigación y lucha anticancerosa» («El Instituto de Radium» 1937, 11).

Esa caracterización no estaba equivocada. En ese momento se percibía al instituto como un centro de investigación científica destinado a la asistencia social para estudiar y enfrentar el cáncer y otras entidades patológicas tratables por los mismos procedimientos que se utilizaban para aquella enfermedad y se esperaba, además, que se investigara allí la naturaleza de los cuerpos radioactivos y sus radiaciones, así como sus aplicaciones prácticas. Las causas de lo que en el imaginario colectivo era una terrible enfermedad estaban también dentro de las tareas prioritarias del instituto: «Investigaré, además, cuanto pueda relacionarse con la etiología y patogenia de los tumores y afecciones semejantes y demás estudios que se conceptúen de importancia científica» (Huertas 1939, 310). El director consideraba que esta institución debía atender la salud del paciente que llegaba a la consulta y aprovechar el conjunto de las observaciones clínicas y de laboratorio que sobre él se realizaban con fines de investigación, lo que redundaría en el progreso de la ciencia y el prestigio de la Universidad Nacional. En apoyo de esta concepción también se venía adelantando, desde la apertura de los servicios, una labor estadística detallada y rigurosa, y ello constituía, para Huertas «el fundamento del orden y la veracidad de sus actividades, a fin de que sirva de respaldo a la campaña anticancerosa» (Huertas 1939, 311).

En 1939 Huertas intentó también impedir el aislamiento y superar las limitaciones que tenía el instituto poniendo en marcha el curso de cancerología para el perfeccionamiento de médicos graduados o estudiantes de medicina que hubiesen ter-

minado sus estudios. Dispuso, además, tres becas para médicos colombianos graduados en Bogotá, Medellín y Cartagena que quisieran acceder a este espacio de formación, teniendo en la mira su misión nacional.

LA INTERNACIONALIZACIÓN INICIAL DEL INSTITUTO

Los vínculos internacionales —como se ha visto en esta historia— fueron decisivos en el proceso de fundación del INR, y una vez que se pusieron en marcha, no se perdieron de vista, sino que se mantuvieron y se ampliaron en la medida en que las condiciones lo permitían. Y ya no solo con Francia, sino también con los Estados Unidos, el nuevo *respice polum* para la medicina del país. Promediando 1936, el instituto recibió la visita del doctor Curtis F. Burnam, director de la Clínica Kelly de Baltimore, que estaba muy interesado en su funcionamiento, en su estadística, en las técnicas empleadas para el abordaje del cáncer y en su dotación. Teniendo como referencia esta visita, el embajador colombiano en Washington adelantó gestiones para que la Clínica Kelly recibiera algunos médicos colombianos del instituto, a lo que el Ministerio de Educación y la misma rectoría de la Universidad Nacional respondieron favorablemente. Un año después, el secretario del *Anuario Internacional Americano* le propuso al instituto una publicación de propaganda. Además, en abril de 1937, Ruperto Iregui fue designado por el Consejo de la Universidad Nacional para asistir como delegado al Quinto Congreso Internacional de Radiología que se llevaría a cabo en Chicago; y en este mismo mes, el doctor Jorge Suárez, ayudante

de radioterapia, solicitó autorización para viajar a los Estados Unidos con el fin de formarse en el examen de los tumores de esófago, laringe y bronquios, así como para adquirir aparatos especiales y entrevistarse con el doctor Chavalier Jackson, inventor de algunos de esos aparatos.

En el campo de las relaciones con Europa, y particularmente con Francia, el 10 de abril de 1937 el doctor Carlos Márquez le envió una carta desde París al ministro de Educación en la que hablaba del interés crucial que tenía el embajador de Colombia en ese país, Carlos Lozano y Lozano, respecto a lograr el apoyo de Francia para el avance del instituto y, de paso, aprovechaba para expresar —basado en lo que había observado en el viejo continente— sus ideas sobre la orientación que debía tener una campaña contra el cáncer en Colombia: «la campaña anticancerosa en nuestro país [...] es diferente a las otras, porque, como no sabemos la causa del cáncer, no tenemos que ir a buscar agentes exteriores, la campaña consistiría casi substancialmente en hacer un diagnóstico precoz y por consiguiente un tratamiento a tiempo» (ACH-UNAL-SB 1937b, 6). Afirmaciones que tenían una buena dosis de verdad.

El instituto también comenzó a tejer relaciones en el ámbito internacional con organizaciones y agencias como la UICC. El señor Justin Godart, presidente de esta organización —y gran aliado de Claude Regaud en su propósito de construcción de la institucionalidad anticáncer en Francia—, hizo llegar a través de Eduardo Caballero Escovar, de la legación de Colombia en ese país, una petición para que el INR contribuyera con su concurso material y moral al buen funcionamiento de la Comisión de Estadística Internacional. Esta había sido creada en el Segundo Congreso de Lucha Científica y Social contra el Cáncer que se realizó en Bruselas en septiembre de 1936 (ACH-UNAL-SB

1937c, f. 12). En dicho congreso se estableció que: «La comisión ha demostrado que el estudio de estadísticas exactas puede ayudar a definir la etiología, el diagnóstico, el tratamiento y la profilaxis del cáncer» (ACH-UNAL-SB 1937d, f. 15). Allí, como es apenas obvio, se afirmaba la perspectiva epidemiológica y estadística como eje importante en la comprensión y lucha contra esta enfermedad. La solicitud de Godart fue transmitida por Eduardo Caballero al ministro de Relaciones Exteriores y este hizo lo propio con el doctor Huertas, quien finalmente informó al rector de la Universidad Nacional, Gabriel Durana, advirtiéndole que solo si el Consejo Directivo disponía de los recursos necesarios sería posible dar respuesta favorable a esta petición.

Las relaciones internacionales se iban fortaleciendo también hacia los países latinoamericanos. Apenas con algunos meses de funcionamiento, el INR comenzó su proyección como centro de formación a través de la creación de las denominadas *becas bolivarianas*, con las cuales algunos médicos de los países hermanos podrían venir a Colombia a instruirse en el dominio de la medicina del cáncer. Jorge Bejarano, en la exposición de motivos del Acuerdo de la Universidad que crearía dichas becas, llamó la atención sobre su importancia y reveló un elemento muy significativo para la década de los treinta en las relaciones diplomáticas del subcontinente. El primer país en beneficiarse de este proyecto fue precisamente Perú, con el que Colombia había luchado en 1932. Y no sobra recordar que el producto de los bonos emitidos para financiar esa guerra fue justamente el aporte inicial para crear el INR.

Esta decisión sobre las becas para estudiantes latinoamericanos no era una casualidad. El proyecto de acuerdo establecía que estas entrarían en funcionamiento a partir de 1938 y que los favorecidos provendrían de los países bolivarianos, comenzan-

LAS VIRGENES
 MEXICO
 NICARAGUA
 PANAMA
 PERU
 PUERTO RICO
 S. DOMINGANA
 SALVADOR (EL)
 URUGUAY
 VENEZUELA

Postal
 Telegraph

Commercial
 Cables

M. N.

Mackay Radio

TELEGRAMA FUE RECIBIDO "VIA ALL AMERICA"

EL LIMA 42 7 6.2PM

23

7. ENE 1933

LC RECTOR UNIVERSIDAD NACIONAL
 BOGOTA

CENE COMUNICARLE DESIGNADOS MEDICOS CIRUJANOS
 ZO HORNA GIL Y PEDRO GARCIA PORTOCARRERO PARA
 AR BECAS HIPOLITO UNANUE CREADAS POR ESA
 RSIDAD EN INSTITUTO RADIUM REITERO PROTESTAS
 ECIMIENTO CLAUSTRO PRESENTANDOLE TESTIMONIO
 GUIDA CONSIDERACION

SOLF RECTOR UNIVERSIDAD
 SAN MARCOS

por Cable, Línea Terrestre e Inalámbrico con los Estados Unidos, Canadá, Europa y Todas Partes del Mundo.

RECTOR PROCEDE AGRADECIMIENTO CLAUSTRO PRESENTANDOLE TESTIMONIO distinguida consideración".

Aquella designación, hecha por el Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias Médicas, ha recaído en esos dos médicos que prestan servicios en el Departamento de Ginecología y Cáncer de esta Facultad.

Reitero a Ud. mis sentimientos de alta consideración.

Dios guarde a Ud.

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN MARCOS DE LIMA
 RECTORADO

REGISTRO No. 42
 UNIVERSIDAD NACIONAL
 SECRETARIA GENERAL

RECIBIDO 18. ENE. 1933

REPARTIDO

CONTESTADO REF 23-13

P.136-III-R.

1212 1933

Bogotá, enero 5 de 1933

Señor
 Secretario General de la Universidad Nacional
 B. S. S.

En relación con su atenta carta 1206 de 15 de agosto, y como resultado de las gestiones de que hace el grupo de parte nuestra en el mencionado día 22 de 27 de agosto, me es grato informarle que como consecuencia de la misma ha sido designado por el señor Secretario General de la Universidad Nacional el doctor Bernardino Mosquera para ocupar el cargo de "Doctor Bernardino Mosquera" en el Instituto Radium.

Muy del señor Secretario General de la Universidad Nacional

Atte.

Correspondencia relativa a las becas
 bolivarianas, instituidas por el INR.
 ACH-UNAL-SB.

1738 2 p2

DE VENEZUELA
 RAL DE VENEZUELA
 INVENTARIO
 IACAR

117

Caracas: 11 de diciembre de 1937.
 180° y 79°

Rector de la Universidad Nacional de Bogotá

Señor Rector:

Con suma complacencia reitero le recibo de su atenta comunicación, fechada en esa Capital el 18 de agosto último, la copia del Acuerdo N° 49 sobre becas Bolivarianas, apropiado para ese Instituto, que usted dignamente dirige.-

La Universidad Central de Venezuela ha prestado a noble y patriótico Acuerdo toda la atención que el se merezca como usted acertadamente lo expresa, está inspirado en constante afán de acercamiento cultural entre las Repúblicas hermanas, hijas del Genio creador y fecundo de nuestro gran país.-

La Facultad de Medicina de esta Universidad, designó al nombre de "Doctor Bernardino Mosquera", las becas alumnos correspondientes a Venezuela, en atención a los méritos académicos del mencionado facultativo, y muy especialmente la instancia de que fué él quien inició en nuestro país la aplicación de los rayos de Roentgen.-

Por lo demás, me es satisfactorio darle a usted las más cumplidas gracias, y repetirme a sus muy gratas órdenes, suplicándole aceptar los distinguidos saludos de su atto servidor,

REGISTRO No. 42
 ARCHIVESE

UNIVERSIDAD NACIONAL DE VENEZUELA

do con las facultades más antiguas de esas naciones. La Universidad de San Marcos de Lima, en Perú, fue la primera fundación universitaria de América del Sur (1551) y, en consecuencia, le correspondía iniciar este programa. Pero, además, el hecho de comenzar con Perú constituía un claro gesto de paz y cordialidad que provenía del campo de la medicina y la ciencia en tiempos de posguerra. Justamente, durante la discusión del Acuerdo se encontraba en Bogotá una delegación de la Universidad de San Marcos que fue saludada por Bejarano en la exposición de motivos. El médico colombiano aprovechó para insistir en el carácter de paz y hermanamiento que implicaban las becas:

El Instituto Nacional de Radium por sus características y por ser el único en su alcance en esta parte de la América, debe cumplir una misión científica y de acercamiento entre nuestros pueblos [...] Todo lo que en este sentido haga nuestra Universidad, será correspondido, de ello estoy seguro, con el afianzamiento de la paz con los pueblos que tienen con nosotros no solamente un común patrimonio histórico, sino también territorios y ríos que en veces han servido para sembrar la discordia y la guerra. El vínculo universitario es vínculo espiritual y bien sabemos que el dominio del espíritu sobrevive al hombre. (ACH-UNAL-SB s. f.b, f. 95)

La circunstancia era realmente excepcional: «no se encuentra en la historia de nuestras relaciones con los países bolivarianos nada semejante ni suceso igual que demuestre un mejor anhelo de una amistad inalterable y de una cordialidad más sincera» (ACH-UNAL-SB s. f.b, f. 95). Bejarano terminaba su documento sugiriendo que la beca podría llevar el nombre de José Hipólito Unánue, «el gran sabio cuyas concepciones médicas y sanita-

rias sorprenden en nuestros días por su alto vuelo científico y social» (ACH-UNAL-SB s. f.b, f. 95). Después de un breve debate, el 17 de agosto de 1937 se aprobó el Acuerdo 49 y las becas comenzaron a funcionar durante varios años. Prueba de ello es un comprobante de pago por 80 pesos, entregados por el síndico de la Universidad al médico peruano Lorenzo Horna Gil, «por valor de una beca bolivariana correspondiente al mes de octubre de 1938 de acuerdo con lo dispuesto en el Acuerdo 49 de 1937 y por la Rectoría de la universidad en la resolución 85 de 1938. Junto a él vino el médico Pedro García Portocarrero» (ACH-UNAL-SB s. f.c, f. 110).

Las universidades más antiguas de los países bolivarianos fueron informadas a través de los representantes diplomáticos en Colombia sobre la creación de este programa de becas, de modo que el rector de la Universidad Central de Venezuela, Antonio J. Castillo, se comunicó con la Universidad Nacional para informar sobre su interés en esta iniciativa y para denominar la beca de ese país con el nombre del doctor Bernardino Mosquera, por ser él quien iniciara la aplicación de rayos Roentgen en ese país (ACH-UNAL-SB 1937e, f. 108). Lo mismo hizo el doctor Méndez, rector de la Universidad de Panamá, creada en 1935, pero absteniéndose de postular el nombre de la beca para la nueva nación del istmo, así como el de un posible aspirante, pues en esa universidad no se había graduado la primera promoción de médicos. El rector de la Universidad Mayor de San Andrés de Bolivia también se comunicó con el rector de la Universidad Nacional y sugirió poner como nombre para la beca el de Claudio Sanjines Tellería, a quien se le consideraba el iniciador de la cirugía en ese país. Además de las becas, tuvieron lugar intercambios entre médicos y estudiantes de otros países de la región y los del Instituto Nacional de Radium. En este marco se aprobó

en mayo de 1937 la visita a Bogotá de estudiantes del Hospital Eugenio Espejo de Quito. Germán Arciniegas, desde su columna en el diario *El Tiempo* estimuló estos intercambios con Ecuador, como lo expresaba la correspondencia de la época entre el instituto y los médicos extranjeros (ACH-UNAL-SB 1938, f. 105).

El INR también cumplía con labores de arbitraje científico en el dominio del cáncer en relación con médicos extranjeros que ejercían su profesión en Colombia. Precisamente, en 1936 el ministro de Educación, Germán Zea Hernández, le pidió al instituto, por medio de la rectoría de la Universidad, que certificara el mérito de las investigaciones sobre el cáncer de matriz adelantadas por el señor Arnold Eppinghausen en el departamento del Valle del Cauca. Este personaje, identificado como alemán en las fuentes colombianas de la época, era judío⁹ y había sido autorizado por el Ministerio de Educación de Colombia para ejercer como médico cirujano. Su historia es un buen lugar para explorar la época. Eppinghausen, pese a haber aprobado sus exámenes como médico, renunció a mediados de 1936 a la práctica de su profesión en Alemania y fue retirado del registro médico el 1.º de agosto, por razones ligadas a su servicio militar en una nación que había sido derrotada en la Gran Guerra y que estaba herida y polarizada por un nazismo naciente que se fortalecía día a día. A principios de 1937, Eppinghausen viajó a Colombia, y tras instalarse en Cali con su esposa, se presentó como eminencia médica que venía en misión oficial para

labores de investigación por dos años, a partir del 4 de junio de 1937. Como informó el *Boletín Médico* de 1938, el Ministerio de Educación, pasando por encima de la Ley 67 de 1935, le dio en ese momento la licencia de ejercicio profesional al ciudadano de origen alemán, pese a que ese país no tenía tratado de intercambio con Colombia.

Meses después, el Comité Nacional del Ministerio de Educación demostró que el médico Eppinghausen no tenía dichas credenciales y, gracias al concepto del INR, estableció que no ejercía labores de investigación, simplemente estaba sirviendo como partero en la clínica de un médico ecuatoriano en la ciudad de Cali, como lo constató la Secretaría de Higiene y de Educación del Valle. La resistencia de los médicos colombianos en este caso no fue menor y posiblemente era producto de recelos profesionales, pero también de dudas sobre su origen alemán en tiempos de ascenso del nacionalsocialismo. Debido a todo ello, el Ministerio finalmente le derogó la autorización, por lo que Eppinghausen se dedicó a otras labores y murió en Cali años después. Lo cierto es que su caso demostró las prevenciones de la medicina colombiana frente a la alemana en el periodo de entreguerras, pero también podría ser este el primer episodio de alcance internacional en el que el país tuvo la ocasión de introducir regulaciones en la validación de títulos extranjeros.

9 En el libro de Susane Ruess (2009), *Stuttgarter jüdische Ärzte während des Nationalsozialismus* aparece el nombre de Arnold Eppinghausen como un médico de origen judío nacido el 16 de octubre de 1898 en Dortmund, hijo del empresario Josef Eppinghausen y de Emilie Mayer. Sus padres eran judíos alemanes.

Correspondencia enviada a Germán Arciniegas
 en reconocimiento de su labor de difusión del
 intercambio médico entre países de Latinoamérica.
 ACH-UNAL-SB.

23-12 1 107 31

QUITO, 24 de Enero de 1936.
 Señor Don
 Germán Arciniegas
 Bogotá.

Mi muy querido Don Germán:

Muchísimas gracias por todo; espero que la gratitud
 y reconocimiento que Ud. merece, broten espontáneamente
 de la conciencia de estos pueblos a cuyo servicio ha
 puesto Ud. todo su saber, y todo su entusiasmo.

La Prensa de esta ciudad ha tenido el acierto de comentar
 en la mejor forma sus artículos sobre El Ecuador, y
 los problemas de América. En ese tiempo de despertar,
 ha sido Ud. quien, con experta mano de médico social, ha
 traído el remedio para esta dolorosa enfermedad.

El Sr. Decano, y los Señores Profesores de la Facul-
 tad de Medicina quieren de manera especial, dejar constan-
 cia de su aplauso franco y sincero por su labor encomi-
 nada a conseguir el intercambio de profesores Universi-
 tarios. Al cumplir con tan honroso encargo, debe manifes-
 tarle el firme convencimiento que tienen de que sus ges-
 tiones en este sentido se convertirán pronto en hermosa
 realidad. En esta forma, a la vuelta de unos cuantos días
 nuestros médicos de hospital, y los Profesores Universi-
 tarios habrán iniciado una fructífera corriente de inter-
 cambio entre países tan cercanos en la el pasado, y tan
 distantes en el presente. Esto será el mejor triunfo para
 su conciencia de americanista, y para sus inquietudes de
 pensar.

En espera de sus noticias, me es grato reiterar a Ud. mis
 sentimientos de consideración y aprecio, unido todo a mis
 sinceras felicitaciones por su gran labor en pro del en-
 grandecimiento de Colombia, la segunda patria.

Atte. amigo y leal
 Rafael Ángel Ospina

23-12 1 107 31

E COLOMBIA 01352

Nacionales

Calidad del despacho

No.

Imprenta Nacional

Libras	Valor	Hora de introducción	Hora de recibo	Empleado receptor
9 QUITO	9 IPS	9		

de de 19

AN ARCINIEGAS EL TIEMPO BOGOTÁ

E SU ALTA MISION AMERICANISTA
 RECORDARLE GENTIL OFRECIMIENTO SU
 DECIDIDO APOYO FIN CONSEGUIR MAYOR
 ENTO PAISES HERMANOS. MEDIANTE
 MEDICOS HOSPITALES CUYAS GESTIONES
 EXCMO MINISTRO CHAUX. ESPERAN
 RESOLUCION AUTORIDADES BOGOTA -
 ORDEN B - DIRECTOR HOSPITAL
 SPEJO

la gratitud
 espontáneamente
 servicio ha
 dado.

de comentar
 Ecuador, y
 despertar, y
 o social, ha
 d.

la Facul-
 tad de Medi-
 cina quieren
 de manera
 especial, de-
 jar constan-
 cia de su apla-
 uso franco y
 sincero por
 su labor en-
 comi-
 nada a con-
 seguir el in-
 tercambio de
 profesores
 Universi-
 tarios. Al cum-
 plir con tan
 honroso en-
 cargo, debe
 manifes-
 tarle el firme
 convencimen-
 to que tienen
 de que sus
 ges-
 tiones en este
 sentido se
 convertirán
 pronto en
 hermosa
 realidad. En
 esta forma,
 a la vuelta
 de unos
 cuantos
 días, nuestros
 médicos de
 hospital, y
 los Profesores
 Universi-
 tarios, habrán
 iniciado una
 fructífera
 corriente de
 intercambio
 entre países
 tan cercanos
 en el pasado,
 y tan
 distantes
 en el
 presente. Esto
 será el
 mejor
 triunfo para
 su conciencia
 de
 americanista,
 y para sus
 inquietudes
 de
 pensar.

En espera de
 sus noticias,
 me es grato
 reiterar a Ud.
 mis
 sentimientos
 de
 consideración
 y
 aprecio,
 unido todo a
 mis
 sinceras
 felicitaciones
 por su gran
 labor en pro
 del
 en-
 grandecimiento
 de Colombia,
 la segunda
 patria.

Atte. amigo
 y leal
 Rafael Ángel
 Ospina



- Planos finales para la construcción del Instituto Nacional de Radium, elaborados por Carlos Cristancho.



- El edificio del INR se termina de construir al estilo característico de la época, el Art-Decó; dotado con las dependencias necesarias, de tres pisos y con la mayoría de sus acabados traídos de Europa.

Agosto 4

Inauguración del Instituto Nacional de Radium. Asiste el presidente Enrique Olaya Herrera.



- Adquisición de 3 gramos de *radium* para dotar los equipos de *radiumterapia*.

1934

1933



Alfonso López Pumarejo

Presidente de la República
(agosto 1934 – agosto 1938)



- La Dirección Científica del Instituto Nacional del Radium queda a cargo de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia.

- Inauguración de los primeros servicios: Radioterapia, Radiodiagnóstico, Patología y Citología.

- El Estado colombiano designa a cuatro becarios (Daniel Brigard, Juan Pablo Llinás, Alfonso Flórez y Ruperto Iregui) para realizar investigaciones en Europa y Estados Unidos. A su regreso, contribuirán con sus aportes a la fundación del Instituto Nacional del Radium.



- El Instituto Nacional del Radium es pionero en la utilización de la «cúpula» de *telecurieterapia* cargada con 2 gramos de *radium* y utilizada en la curación de tumores y otras afecciones cutáneas.

- El presidente Alfonso López Pumarejo define al INR como «un centro de investigaciones científicas y de asistencia social para el estudio y el tratamiento del cáncer» y le concede la tarea de liderar y organizar la lucha contra esta enfermedad.



- Se inician las labores quirúrgicas con énfasis en la toma de biopsias y extirpación de lesiones epiteliales y sarcomatosas.



Eduardo Santos

Presidente de la República
(agosto 1938 – agosto 1942)

1938

- La Universidad Nacional propone por primera vez al instituto como centro de estudio y docencia en el que los estudiantes podrían realizar sus prácticas y trabajos de grado.



- Apertura de la primera historia clínica en el INR.

1935



José Vicente Huertas

Director del INR
(abril 26, 1935 – mayo 22, 1944)



Febrero 22

Primer tratamiento de rayos X profundos. El INR fue pionero en América Latina; se diagnosticó a una mujer de 55 años con endoteliosarcoma del maxilar superior.



CAPÍTULO 4

La crisis promueve el cambio. Tensiones y transformaciones en la consolidación del instituto, 1944-1945

EL INICIO DE LA DÉCADA DE LOS CUARENTA DEL SIGLO XX está determinado por el desarrollo de la Segunda Guerra Mundial, que impactó en las relaciones y las conexiones entre América y Europa y contribuyó a que los médicos colombianos prefirieran viajar a especializarse a los Estados Unidos y no a un continente inseguro, afectado físicamente y en su vida cotidiana por el conflicto. Esta circunstancia, y la creciente supremacía estadounidense en geopolítica y en ciencia y tecnología después de la Gran Guerra explican, en buena medida, el viraje de Colombia hacia la medicina norteamericana.

La guerra, desencadenada por el ascenso del nazismo y la invasión alemana a Polonia, produjo que las grandes potencias del mundo movilizaran una gran cantidad de soldados. Solo quedaron por fuera nueve Estados que eran oficialmente neutrales en el momento de la caída del Tercer Reich. Los bombardeos indiscriminados sobre la población civil, la inclusión de armamento moderno, el uso de armas nucleares y el holocausto judío dejaron más de sesenta millones de muertos, cifra que rebasaba con cre-

Vista a lo largo del río Támesis, en Londres, después de un ataque aéreo, durante la Segunda Guerra Mundial. Septiembre 7 de 1940.
Fotografía: autor desconocido.



ces las pérdidas humanas de la Primera Guerra Mundial de 1914. En el marco de la confrontación, muchos hombres y mujeres tuvieron que luchar en el campo de batalla, ingresar en los hospitales o recluirse en sus casas para salvar sus vidas, mientras los Estados hacían esfuerzos para paliar esta destrucción bélica sin precedentes. Los estudiosos de las guerras han constatado que en su progresión histórica cada nuevo conflicto internacional de grandes proporciones incrementa la letalidad y la cantidad de la población civil afectada directa e indirectamente.

Tropas de asalto norteamericanas acercándose a la playa Omaha, el «Día D», 6 de junio de 1944. Fotografía: Colección del Cuerpo de Señales del Ejército de los Estados Unidos en U.S. National Archives.

Pero también durante los tiempos de esta guerra las enfermedades no daban tregua y el cáncer, específicamente, continuaba siendo un flagelo importante frente al cual los países hacían esfuerzos para contrarrestarlo. Por ejemplo, en 1944, la Rusia socialista apoyaba la Preparación KR de los esposos Nina Klyueva y Grigorii Roskin, una posible cura para el cáncer producida a partir del suero anticanceroso extraído del *Tripanosoma cruzi*. A lo largo de ese año, las investigaciones en oncología en ese país se enfocaban en «estudios experimentales sobre patogenicidad del cáncer, la búsqueda de medios diagnósticos del cáncer en estados tempranos y desarrollo de métodos terapéuticos efectivos» (Rivera 2006, 222). Sin embargo, los profesores



Klyueva y Roskin fueron detenidos por la filtración de su investigación hacia los Estados Unidos y obligados por el Gobierno soviético a trabajar en su laboratorio de manera confidencial con el fin de evitar nuevas fugas de información. Al final, esta pareja de investigadores no logró demostrar la utilidad del sueño y fue aislada de la comunidad científica soviética.

Para el régimen nazi, el cáncer también fue motivo de preocupación. Como ilustra Mónica Rivera (2006), esta enfermedad apareció allí, primero como metáfora social en la que judíos, homosexuales y comunistas, entre otros grupos sociales, eran representados como «tumores» que debían ser extirpados, y luego como objeto de atención de las políticas de salud pública. Es destacable el hecho de que los nazis «condujeron la cam-

paña antitabaco más agresiva de la historia moderna» (Rivera 2006, 71), y comenzaron a restringir el uso de asbestos, pesticidas, radiaciones y colorantes alimentarios al mismo tiempo que formulaban medidas de salud ocupacional, dietas y mensajes saludables para la población en general.

Durante aquellos años, Alemania tenía una de las tasas de mortalidad por cáncer más altas en el mundo, con predominio del cáncer de estómago y de pulmón, lo que hizo de esta enfermedad uno de los centros de su agenda política en el campo médico. Ello animó intensas campañas contra el cigarrillo, el alcohol y otras sustancias tóxicas, que contribuyeron a la construcción de la imagen del alemán no fumador y no bebedor, muscular, ágil y saludable. Con énfasis en la idea de pureza racial, se promovió la alimentación sana y libre de conservantes, se prohibieron los colorantes sospechosos de ser cancerígenos y se dictaron normas para controlar la exposición al asbesto, al radón y a los rayos X. La oficina de la Salud del Tercer Reich gastó cerca de 48 000 marcos alemanes entre 1940 y 1941 en investigar los efectos cancerígenos de sustancias presentes en la alimentación de sus connacionales (Rivera 2006).

Pero el aspecto más llamativo de esta iniciativa fue el ataque al tabaco, asumido como una epidemia y una peste, a lo que contribuyeron las publicaciones de Franz H. Müller, en 1939, y Eberhard Schairer y Erich Schöniger, en 1943. Los dos trabajos, que podrían verse como ejercicios de epidemiología, permitían concluir que existía una fuerte correlación entre tabaco y cáncer, como lo demostraron los estudios ingleses (Doll y Hill) y norteamericanos (Wynder y Graham) algunos años después (Mukherjee 2012, 308-313). Ello impulsó campañas de la Federación de Mujeres Alemanas contra el tabaco y el alcohol y la proscripción del tabaco para menores de 18 años en espacios

«No devores los cigarrillos, ellos te devorarán a ti». Texto de una campaña antitabaquismo emprendida por la Alemania nazi.

públicos; en 1943 se prohibió su consumo en trenes y autobuses, así como en lugares de trabajo, edificios públicos, hospitales y hogares geriátricos, medidas a las que se le añadió el control de la publicidad del cigarrillo. No deja de llamar la atención este amplio interés en la salud pública en una Alemania que se preparaba para aniquilar a judíos, comunistas, homosexuales, personas con discapacidad, gitanos, polacos, negros, entre otros. Pero a tal interés salubrista puede dársele una explicación: no se trataba solo de una campaña más de la poderosa maquinaria propagandística hitleriana dirigida por Paul Joseph Goebbels, detrás de ella estaba el trabajo de los médicos higienistas del régimen nazi, adeptos a la versión más perversa y unilateral de la eugenesia (Rivera 2006).



Franklin Delano Roosevelt, 1933.
Fotografía: Elias Goldensky (1868-1943).

Los trastornos ocasionados por la Segunda Guerra Mundial impidieron la llegada de nuevos equipos y repuestos para el instituto.

Mientras esto sucedía en Europa, en Colombia terminaba, en 1942, el Gobierno del liberal Eduardo Santos, quien había contribuido notablemente a la creación del Instituto de Radium desde su cargo diplomático en Francia y era amigo cercano del director del instituto, José Vicente Huertas. Santos era conocido por su tono moderado, centrista, cauteloso en relación con las grandes manifestaciones de masas y con las exhortaciones de los sindicatos que se apartaban del estilo morigerado de acción obrera propia del liberalismo más tradicional. Por ello, se alió con los industriales, los sindicalistas liberales y conservadores y con los Estados Unidos de Franklin Delano Roosevelt, adalid de su propia modalidad liberal del estado de bienestar, denominada *New Deal*.

Estas posiciones de Santos también fueron el producto del llamado de López a poner una «pausa» en la «Revolución en marcha», desde diciembre de 1936, debido a la gran oposición que encontró este proceso entre los conservadores, la élite de los liberales, los grandes empresarios y terratenientes y buena parte de la jerarquía católica. Sin embargo, la gestión del Gobierno de Santos frente al impulso modernizador liberal que venía desde 1930 no tenía como objetivo principal detener lo que dejaba apenas empezado López Pumarejo. Como sugiere Eugenio Gómez (2006), las posturas de Santos permitieron,

desde un liberalismo distinto al de la modalidad de la social-democracia propugnada por López, una apertura interesante que influyó positivamente en el desarrollo intelectual e institucional del país:

Durante su mandato también dejó participar en la vida pública a los más diversos sectores del espectro político y fue mecenas de cuanto intelectual quiso destacarse: el ya citado Gerardo Molina, rector de la Universidad Nacional; el historiador Luis Eduardo Nieto Arteta; el psicoanalista José Francisco Socarrás, director de la Escuela Normal Superior; el escritor [y médico] Luis López de Mesa, quien fue ministro tanto de López como de Santos; etc., mientras, por otra parte, fomentaba las actividades de la Universidad Nacional y, en general, mostró su espíritu liberal en los terrenos de la educación y la cultura. (Gómez 2006, 1)

En efecto, Santos dejó esbozada una organización liberal del Estado que le permitió al segundo Gobierno de Alfonso López Pumarejo avanzar, con menos ímpetu al que mostró en su primer mandato, en la modernización «socialdemócrata» del país. Aunque esta tarea no llegó a feliz término, creó unas condiciones institucionales que modularon positivamente la vida universitaria e impactaron de manera particular en el INR. Si bien los trastornos ocasionados por la Segunda Guerra Mundial impidieron la llegada de nuevos equipos y repuestos para el instituto, su funcionamiento no se detuvo. Ya en la segunda presidencia de Alfonso López Pumarejo (1942-1946) se expidió el Decreto 1184 del 9 de mayo de 1942, que delegó en la Universidad Nacional el manejo y la inversión de los fondos necesarios para continuar la construcción del pabellón para pobres.

Esto se haría con los recursos apropiados por el Decreto 973 del 15 de abril de 1942, firmado por Eduardo Santos y José Gómez Pinzón, ministro de Obras Públicas.

LAS DINÁMICAS LABORALES Y ASISTENCIALES ANTES DE LA CRISIS

Los primeros años de funcionamiento del instituto implicaron la configuración de una dinámica laboral compleja, caracterizada por falta de personal asistencial, cambios permanentes de la planta científica y conflictos menores propios de una institución en ajuste. Esta situación se tradujo en casos que en su narrativa adquieren un carácter anecdótico, pero que revelan la ausencia de reglamentaciones claras y el manejo un tanto premoderno del aspecto salarial y los nombramientos del personal, en particular del femenino, que sufría quizás en mayor medida las consecuencias de esta situación. María de los Ángeles Acosta, quien se desempeñaba como lavandera en el instituto desde octubre de 1943, debía vivir con un jornal mensual de 8 pesos y por ser de «libre remoción» no figuraba en la nómina, lo que dificultaba una mejoría en sus condiciones laborales y personales. Varias fueron las solicitudes de la señora Acosta para que se formalizara su contratación y se mejorara su salario; sin embargo, por la clase de servicios que ella prestaba no podía ser incluida como parte de la planta del personal de la universidad. También constituía un problema la prohibición tácita, en cuanto a contratar empleadas que estuvieran casadas, lo que llevó a la declaración de insubsistencia de Josefina Greiffenstein, la primera secretaria que tuvo el instituto y quien estaba *ad portas*



de contraer matrimonio, pero fue despedida precisamente por la futura modificación de su estado civil. La solicitud para declarar la insubsistencia de Greiffenstein iba acompañada de una recomendación para nombrar en ese cargo a Isabel Botero Aza, quien fue la segunda secretaria que tuvo el instituto (ACH-UNAL-SB 1944, f. 67). A pesar de estas situaciones —al parecer usuales y que debían ocupar un espacio notorio en la cotidianidad administrativa del INR—, vinculadas a nociones, valores y costum-

Gerardo Molina, intelectual de la izquierda colombiana fue nombrado rector de la Universidad Nacional por Alfonso López Pumarejo. Durante su administración, el INR sufrió una crisis con la renuncia de varios de sus médicos. Fotografía: *Nueva Historia de Colombia*, Planeta Editorial, p. 279.

bres sociales comunes en aquellos años, la planta del personal administrativo del Instituto de Radium se iba robusteciendo, de modo que para marzo de 1944 incluía los cargos con sus respectivas asignaciones mostrados en la tabla 14.

En el área asistencial, los ajustes de personal también eran permanentes. El número de galenos era insuficiente, por lo cual Huertas le escribió al rector de la universidad, doctor Julio Carrizosa Valenzuela, para proponerle nombrar al médico Carlos Márquez Villegas como ayudante de la Sección de Radiumterapia con la asignación mensual de 250 pesos. También propuso promover al doctor Ricardo Forero del cargo de ayudante de la Sección de Radiumterapia al de ayudante de la Sección de Laboratorios con una asignación de 120 pesos mensuales, igual a la que tendría el doctor Hernando Latorre, nombrado jefe de la Sección de Estadística. Huertas solicitaba, además, el nombramiento de los internos Alfonso Ramírez y Jorge Solanilla, con 60 pesos mensuales; al señor Luis Méndez como oficial mecánico, con la asignación mensual de 65 pesos, y a las enfermeras internas, señoritas Teresa Chaparro y Teresa Pineda, en interinidad, y con 50 pesos mensuales cada una (ACH-UNAL-SB 1944a, f. 64).

El 4 de febrero de 1944, el doctor Eduardo Ricaurte Medina presentó su renuncia como ayudante de la Sección de Roentgenterapia General y Radiodiagnóstico, donde había servido durante ocho años, para dedicarse a la organización de su laboratorio particular de rayos X. El desarrollo de iniciativas privadas como era el caso de Ricaurte, iba en aumento; pero aún no eran lo suficientemente numerosas como para disminuir la cantidad de pacientes que llegaban al instituto. Un informe para el Gobierno, elaborado por José Vicente Huertas, en 1944, revelaba el número de personas atendidas hasta ese momento: entre 1935 y 1943 se había tratado a un total de 9968, con más

Tabla 14. Cargos y asignaciones de personal administrativo para el Instituto Nacional de Radium en 1944

Cargo	Modificación	Salario mes (pesos)
Capellán		50
Anestesista encargado de laboratorio		100
Sirviente de labor y anfiteatro		60
Portero	Aumento de sueldo	50
Ayudante de portero y ascensorista	Aumento de sueldo	40
Secretaria		130
Enfermera externa	Cargo nuevo	80
Enfermera externa	Cargo nuevo	80
Enfermera secretaria		100
Enfermeras internas (4)		50 cada una
Enfermeras internas (2)	Cargo nuevo	50 cada una
Oficial mecánico	Cargo nuevo	65
Jefe de la sección de estadística	Cargo nuevo	120

Fuente: ACH-UNAL-SB.

de 1000 atenciones por año, a partir de 1936. Un dato que llama la atención es que en los primeros diez años la consulta externa estaba a cargo de la Sección de Radiumterapia y no de la Sección Médica, como podría esperarse. La razón para ello es que primaba la idea de que la consulta externa era el mecanismo

más apto para captar pacientes cuya enfermedad correspondía a estadios tempranos de cáncer, conducirlos prontamente a la *radiumterapia* y, finalmente, hacerles un seguimiento sostenido una vez irradiados y dados de alta. Los números detallados sobre pacientes atendidos en el INR aparecen en la tabla 15.

Tabla 15. Pacientes atendidos en el instituto entre 1935 y 1943

Periodo	Pacientes atendidos
1.º de enero a 31 de diciembre de 1935	785
1.º de enero a 31 de diciembre de 1936	1062
1.º de enero a 31 de diciembre de 1937	1048
1.º de enero a 31 de diciembre de 1938	1068
1.º de enero a 31 de diciembre de 1939	1220
1.º de enero a 31 de diciembre de 1940	1161
1.º de enero a 31 de diciembre de 1941	1165
1.º de enero a 31 de diciembre de 1942	1222
1.º de enero a 31 de diciembre de 1943	1237
Total	9968

Fuente: Otero (1999, 90).

En su historia, Efraim Otero registra que de 1941 a 1943 se había realizado un número importante de tratamientos con *radium*, con *telecurieterapia*, con *roentgenterapia* profunda y con *roentgenterapia* general y se habían llevado a cabo procedimientos de radiodiagnóstico, así como 1285 radioscopias y 2860 radiografías (Otero 1999, 90), como se muestra en la tabla 16.

Si bien estos números eran pobres en comparación con la población total del país, la cobertura geográfica del instituto no era despreciable. Según Huertas, las ciudades de las que habían sido remitidos enfermos entre 1941 y 1943 eran Barranquilla, Cúcuta, Barrancabermeja, Bucaramanga, Honda, Buga,

Tabla 16. Atención entre 1941 y 1943

Servicio prestado	Cantidad
Enfermos pobres en el Servicio de Radiumterapia	791
Tratamientos con <i>radium</i> a internados	398
Tratamientos de <i>telecurieterapia</i>	106
Pacientes sometidos a <i>roentgenterapia</i> profunda	607
Pacientes sometidos a <i>roentgenterapia</i> general y radiodiagnóstico	608
Radioscopias	1285
Radiografías	2860

Fuente: Otero (1999, 90).

Manizales y Medellín. Además de recibir pacientes de los hospitales de estos lugares, al INC llegaban enfermos de centros asistenciales de la capital y de las clínicas y unidades sanitarias de otras ciudades más o menos cercanas. La ampliación de la labor asistencial se realizaba pese a la existencia de unas condiciones financieras difíciles, pues la mayor parte de los recursos del instituto provenía de aquellos que el Gobierno destinaba a la Universidad Nacional. Esta situación de dependencia podría cambiar si se mejoraban las condiciones para ofrecer servicios tanto a particulares como a los pobres remitidos por la Beneficencia, ya que gracias a estos dos tipos de pacientes el instituto percibía algunas entradas fluctuantes. Por eso, en 1944, Jaime González Ortiz y Luis Loboguerrero, el uno presidente de la Junta General de Beneficencia y el otro

síndico de la Universidad Nacional, elaboraron una propuesta de contrato para la atención de los enfermos de cáncer del Hospital San Juan de Dios.

En el borrador del documento, el instituto se comprometía a sostener a los enfermos de cáncer que le enviara la Oficina Central de Asistencia Pública en un número no mayor de sesenta y «a atender a su servicio que consistirá principalmente en proporcionarles alimentación y cuidados asistenciales con un personal mínimo de dos (2) enfermeras, seis (6) sirvientas, dos (2) sirvientes de lavandería, dos (2) hermanas de la caridad y dos (2) internos» (ACH-UNAL-SB 1944b, f. 254). Fuera de esos servicios se debía garantizar el tratamiento médico adecuado de conformidad con lo dispuesto por la dirección del instituto, así como la provisión de los medicamentos que se prescribieran. Por estos servicios, la Beneficencia de Cundinamarca pagaría 1200 pesos moneda corriente, cubiertos por la caja de esa entidad, en mensualidades vencidas tras la presentación de cuentas debidamente legalizadas y con el visto bueno del síndico-gerente. También se pondrían a disposición del instituto los elementos, muebles y enseres del servicio de cancerología del Hospital San Juan de Dios. El contrato tendría diez meses de vigencia con la posibilidad de ser prorrogado por dos periodos de un año cada uno, a voluntad de las partes. La Beneficencia podría realizar inspecciones periódicas para verificar el correcto cumplimiento del contrato y su sanción definitiva requería la aprobación de la Junta General de Beneficencia, del Consejo Directivo de la Universidad Nacional, así como la del Ministe-

Proyecto de acuerdo entre el INR y la
Beneficencia de Cundinamarca para la atención
de pacientes. ACH-UNAL-SB.

Entre los suscritos, a saber, LUIS LOBO GUERRERO, por
tador de la cédula de ciudadanía número 1117728 de Bogotá,
gotá, y JAIRO GONZÁLEZ GUTIÉRREZ, cédula de ciudadanía número
1293987 de Bogotá, en su calidad de Presidente de la
Junta General de Beneficencia de Cundinamarca y Síndico
Gerente de la misma institución, respectivamente, por una parte,
que su adelante se llamará "LA BENEFICENCIA", y por la otra la UNI-
VERSIDAD NACIONAL, representada por su Síndico señor JORGE GUTIÉRREZ
LÓPEZ, cédula de ciudadanía número 1117728 de Bogotá, y a
nombre del Instituto Nacional de Radiación, que en adelante se denominará
"EL INSTITUTO", se ha convenido en celebrar el contrato con-
tenido dentro de las siguientes cláusulas: PRIMERA: El Instituto se
compromete para con la Beneficencia a sostener los enfermos de cáncer
que le envíe la Oficina Central de Asistencia Pública en un número
no mayor de sesenta (60) y a atender a su servicio que consistirá
principalmente en proporcionarles alimentación y cuidados asisten-
ciales con un personal mínimo de dos (2) enfermeras, seis (6) sir-
vientas, dos (2) sirvientes de lavandería, dos (2) hermanas de la
caridad y dos (2) internos; fuera de estos servicios se deberá aten-
der a su tratamiento médico adecuado de conformidad con lo dispu-
esto por los Directores del Instituto, y al suministro de drogas que
sean necesarias. SEGUNDA: La Beneficencia pagará al Instituto (Uni-
versidad Nacional) la suma de MIL DOCIENTOS PESOS (\$1.200.00) mon-
eda corriente, mensuales, que serán cubiertos por la Caja de la Sang-

una (1) mesa grande para instrucciones; una (1) lámpara de (1); tres
(3) mesas de (1); dos (2) escritorios; dos (2) sillas; un (1)
reloj; un (1) armario para drogas; un (1) soporte para books; un (1)
blanco; un (1) banco esmaltado; un mueble botiquín; tres (3) carros
para trasladar enfermos; dos (2) muebles casillas para ropas de en-
fermos; sesenta (60) camas; una (1) mesa larga metálica; dos (2) ba-
ñantes de madera y un Cristo. CUARTA: El término de este contrato
será de diez (10) meses, a partir del primero (1º) de marzo del pre-
sente año de mil novecientos cuarenta y cuatro (1944), y será renova-
ble por periodos de un (1) año, a voluntad de las partes. QUINTA: La
Beneficencia de la Universidad Nacional, directamente o por intermedio
del funcionario que tenga a bien designar, se reserva el derecho
de inspeccionar periódicamente el correcto cumplimiento del presen-
te contrato, por medio de visitas al Instituto, y autorizará con su
firma las cuentas mensuales respectivas. SESTA: Para su validez
este contrato requiere la aprobación de la Junta General de Beneficen-
cia y del Ministerio del Trabajo, Higiene y Previsión Social, y del
Consejo Directivo de la Universidad Nacional. El presente que consta de
tres (3) folios, y ante testigos en Bogotá, a...

presentación de la cuen-
ta del Síndico Gerente,
tán en calidad de presta-
do) meses, prorrogables -
elementos, muebles y en-
de cancerología del Hos-
siguientes INSTRUMENTOS:
interómetros; un (1) mue-
lo; tres (3) pinzas de ag-
cuatro (4) pinzas reg-
una (1) pinza de agafar;
pinzas de Kocher; dos -
una (1) sonda metáli-
ca nasal; seis (6) pecu-
seis (6) clips; un (1)
rumos; una (1) caja de
errores auditivos para oídos;
dos (2) carros de cura-
a (1) reverbero eléctrico;

rio de Trabajo, Higiene y Previsión Social. Ahora bien, esta propuesta inicial de contrato no fue aprobada por el Consejo Directivo de la Universidad, por considerarla inconveniente; pero José Vicente Huertas logró posteriormente un acuerdo con la Beneficencia, que aprobó el Consejo de la Universidad.

Advirtiendo la mora en varios aspectos administrativos y organizativos de la institución, Huertas, además del contrato con la Beneficencia, comenzó a diseñar un conjunto de cambios y ajustes necesarios en materia de consultas, distribución de horarios y funcionamiento de las secciones, los cuales se comunicaron al rector y al Consejo Académico de la Facultad de Medicina. En ese documento, el director describió el recurso humano de la institución, los gastos en servicios y los tipos de consultas, con sus deficiencias. Aunque se adelantaron algunos de los ajustes propuestos por Huertas, lo que en una institución relativamente joven parecería sencillo, ello se complicó debido a circunstancias personales y a nuevos protagonismos profesionales, por lo cual Huertas comenzó a barajar la posibilidad de retirarse de la dirección del instituto.

LA ANTESALA DE UNA CRISIS

En una carta enviada el 1.º de marzo de 1944 al rector de la universidad, Julio Carrizosa Valenzuela, José Vicente Huertas le informaba sobre la elaboración del presupuesto anual y sobre una propuesta de la reforma que se requería para el buen funcionamiento del instituto. La propuesta incluía proyectos de presupuesto y reorganización que se presentaron a la Comisión de Presupuesto y al Consejo Directivo de la Universidad,

aprobados en estas instancias. También incluía el proyecto de contrato del INR con la Beneficencia, que no pasó inicialmente su examen en el Consejo, pero que se materializó más adelante.

En el Consejo de la Universidad hacía presencia Juan Pablo Llinás, y en la Junta General de Beneficencia el doctor Ramón Atalaya, de modo que estos estaban informados de los proyectos de Huertas y, según él, habían estado de acuerdo con el «ensayo de la nueva organización» (ACH-UNAL-SB 1944c, 1), dando, además,



Julio Carrizosa Valenzuela, rector de la Universidad Nacional entre 1942 y 1944.
ACH-UNAL-SB-colección fotográfica.

su voto favorable en las respectivas corporaciones. Sin embargo, una vez la iniciativa de reforma llegó a oídos del personal del instituto, no se hizo esperar la oposición por parte de varios funcionarios y del personal científico:

[...] quise llevar a la práctica dicho plan y para lo cual es absolutamente indispensable aunar la técnica y la disciplina en el trabajo y contar con la colaboración y la buena voluntad de las personas que estando trabajando en el Instituto las creo capacitadas para las funciones que se les asignan en el plan aprobado, pero es el caso que en el curso de las propuestas y arreglos con tales personas he podido comprender y aún he sido informado de que algunas de ellas directamente interesadas y que como he manifestado pertenecen al personal del Instituto, se han manifestado descontentas y en desacuerdo y aún han llegado a suponer que procedo en esta materia sin tener en cuenta las consideraciones personales que se merecen. (ACH-UNAL-SB 1944c, 2)

¿Por qué algunos se oponían? Al parecer, cambios en el tiempo de dedicación, en los horarios, en la diversificación de funciones institucionales y en otros aspectos relativos al refuerzo del componente asistencial generaron malestar entre varios médicos. Sin más interés que el progreso y el prestigio del instituto, Huertas trató de conciliar de manera cortés y caballerosa con sus opositores; no obstante, «al interrumpirse de esta manera la disciplina y armonía que deben reinar en las relaciones que por medio del mutuo respeto aseguran el orden y la tranquilidad dentro de una labor colectiva para poder administrar eficazmente» (ACH-UNAL-SB 1944c) y sin encontrar siquiera un poco de tolerancia para medidas ya aprobadas en las instancias superio-

res, Huertas presentó su renuncia irrevocable, tanto al cargo de director como al de jefe de la sección quirúrgica.

El Consejo lo citó a su reunión del 10 de marzo de 1944, con la intención de pedirle que reconsiderara su renuncia, pero Huertas se disculpó por no poder asistir, situación que se repitió el 16 del mismo mes. Ante su inasistencia reiterada, el Consejo decidió apoyarlo y pedirle que no se fuera, pero el día 20, por medio de una carta, Huertas insistió en retirarse. El día 22, la universidad le concedió, al parecer equivocadamente, una licencia y nombró director *ad honorem* al doctor Juan Pablo Llinás, quien fue remplazado en el cargo de ayudante de la Sección Quirúrgica por Pablo Tovar Borda, y este a su vez por el doctor Eduardo Cubides Pardo. Huertas, en un tono amable, perseveró en su renuncia rechazando la licencia concedida. Pese a la insistencia del Consejo de la Facultad de Medicina para que continuara en este cargo, su renuncia se aceptó definitivamente el 23 de marzo de 1944.

Para remplazar a Huertas, el secretario general de la Universidad Nacional le notificó el 9 de mayo el nombramiento como director del INR al doctor César Augusto Pantoja, médico originario de Baranoa (Atlántico) y sobrino del cirujano Antonio Pantoja, quien a su vez era miembro de la Academia Nacional de Medicina. Pantoja fue escogido de la terna integrada, además, por los doctores Juan Pablo Llinás y el renunciante José Vicente Huertas. La carta estipulaba lo siguiente:

Como este cargo había sido desempeñado *ad-honorem* por el doctor José Vicente Huertas, quien recibía la remuneración de doscientos pesos (\$200.00) como jefe de la Sección Quirúrgica, el Consejo Directivo ha dispuesto que se pague a usted como Director del Instituto esta asignación, mien-

tras es nombrado director de la sección de Cirugía y se hace el correspondiente traslado para fijar la asignación del director del Instituto. (ACH-UNAL-SB 1944d)

En su momento, resultó extraño que no se hubiese postulado a Daniel Brigard, uno de los pioneros del instituto y que tampoco se hubiera producido el nombramiento como director de Llinás, quien había sido designado como encargado, gozaba del apoyo del propio Huertas y hacía parte del grupo de los fundadores. Pantoja, en cambio, no pertenecía a ese núcleo de médicos que habían estado desde un principio en el proyecto, pero en cambio era cercano a la Academia Nacional de Medicina y al profesor Alfonso Esguerra, lo cual hacía pensar en un giro en la dirección del INR que implicaba la llegada del sector que había quedado marginado en las polémicas y negociaciones que acompañaron la fundación y los primeros años del instituto.

Pero hay más. Con la llegada de Pantoja, hacia mayo de 1944, las ideas de transformación del INR adquirieron un nuevo aire en el debate universitario. La rectoría de la Universidad Nacional estaba ahora en cabeza del profesor Gerardo Molina, intelectual de orientación liberal socialdemócrata. Al asumir su cargo, que ejerció entre 1944 y 1948, Molina encontró que la división y la orientación de los estudios superiores en tres de sus facultades más importantes (medicina, ingeniería y derecho) no obedecía a los desarrollos académicos, pedagógicos y científico-técnicos del mundo contemporáneo. Las complejidades de la vida económica, social y cultural exigían nuevas carreras y especialidades que promovieran la formación en campos como la economía, la arquitectura, la psicología, la filosofía, las ciencias naturales y las matemáticas. Las profesiones liberales que provenían del siglo XIX anunciaban su agonía, y los cambios y

retos en el aparato productivo demandaban la enseñanza de las ciencias y el desarrollo de la investigación para la explotación racional de los recursos con que contaba el país (Molina 2001). Estas posturas de modernidad y modernización anunciaban cambios importantes en la universidad.

En este contexto, César Augusto Pantoja publicó en la *Revista de la Universidad Nacional* un breve artículo donde hacía explícita su visión, también innovadora, sobre el papel de la medicina del cáncer, así como el alcance que tenía la labor del INR

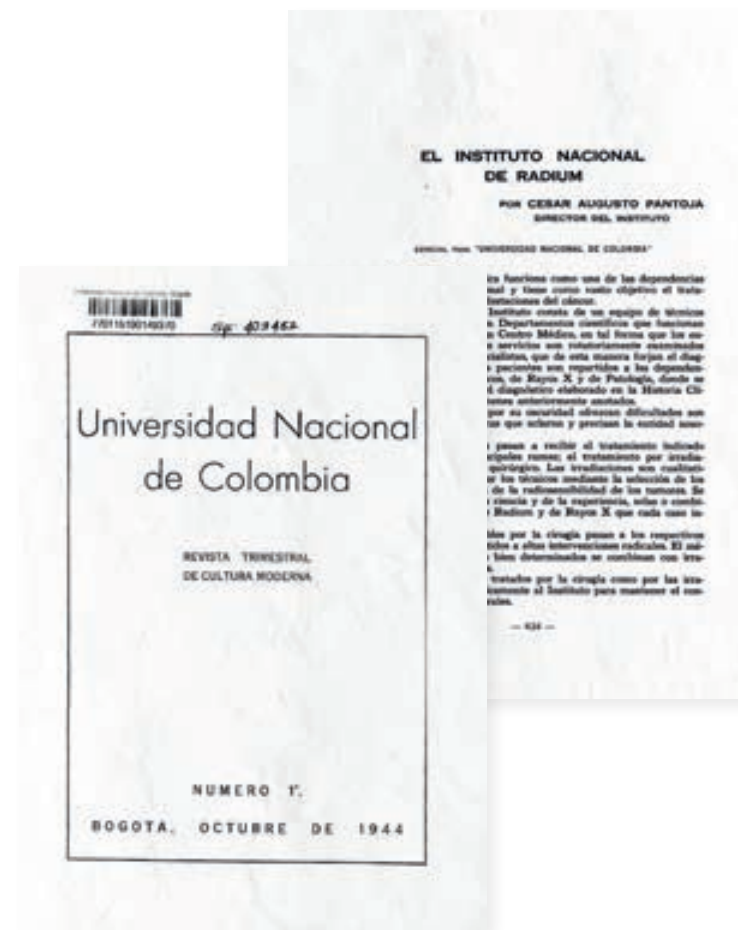


César Augusto Pantoja, director del Instituto Nacional de Radium, 1944-1951. Fotografía: Archivo INC.

frente a esta enfermedad. Al dar un paso adelante con respecto a las ideas expuestas por Alfonso Esguerra una década atrás, Pantoja consideraba que la palabra *curación* tenía en cancerología un sentido más relativo de lo que se pensaba. Si bien indicaba un lapso limitado durante el cual un paciente sometido a los tratamientos modernos podía sostenerse exento de la enfermedad, es decir, gozar de salud relativamente completa, este debía estar pendiente de la eventualidad del retorno del tumor maligno en el mismo sitio de donde se le extirpó o en una región anatómica distante. Desde este punto de vista, el tiempo de las «curaciones» se extendía desde meses hasta años, de acuerdo con la prontitud en el diagnóstico y a la rápida aplicación de los tratamientos adecuados (Pantoja 1944).

En su experiencia, el instituto había logrado algunas curaciones que podían abarcar diez años y los pacientes continuaban en control periódico por parte del personal científico. Sin embargo, la mayoría de los casos tenían aún un límite inferior y requerían posteriores aplicaciones médicas y quirúrgicas según el ritmo angustiante de la enfermedad. En todo caso, las cifras de supervivencia provenientes de las historias clínicas informaban sobre un nivel comparable al que arrojaban clínicas similares en los Estados Unidos.

Si bien Pantoja creía que el instituto se había fundado con fines de investigación pura, consideraba que este se veía obligado cada vez más a ejercer de manera preponderante la asistencia pública para procurar curaciones de los enfermos de cáncer cuyo número aumentaba rápidamente en Colombia, al igual que en el exterior. Así, la tensión entre asistencia e investigación volvía a estar presente, pero aún hacía falta otro elemento, el de la función docente. Para ejercer su papel de entidad universitaria, era necesario darle al instituto funciones educativas con el fin de capacitar mejor a los médicos en el diagnóstico y en el tratamiento del cáncer. Según informaba Pantoja, la solución a este problema, acordada por él y por el decano de la Facultad de Medicina, apuntaba a la creación de una cátedra de Cancerología que se incorporaría en el pénsum de los estudios médicos. Eso y la apertura próxima de un curso para posgraduados debía ser suficiente para empezar a asumir las funciones docentes que le correspondían al instituto y que el país reclamaba como complemento de una moderna lucha anticancerosa.



Revista de la Universidad Nacional, número 1, 1944, donde apareció la reseña sobre el INR escrita por César Augusto Pantoja.

El triple carácter investigativo, docente y asistencial enunciado por Pantoja parecía obvio; sin embargo, reñía con la precaria organización de los sectores de la salud, la educación y la investigación que existía durante aquellos años en el país, por lo que no era fácil encajar al INR, un organismo *sui generis*, en esa institucionalidad. Según Pantoja (1944), el instituto:

Realizando a cabalidad y dentro de un modernísimo concepto el trípode fundamental que comporta el ejercicio de las tres funciones que animan una campaña científica a saber: funciones de asistencia pública y social; funciones docentes y funciones de investigación, enriquecido su arsenal científico con los aportes emanados de los seminarios y de las Conferencias Patológicas, realiza casi un ideal de Centro de altos estudios destinados a impulsar el desarrollo de la ciencia nacional y a ser un foco de irradiación y de divulgación popular.

Esta aspiración de Pantoja de articular las tres funciones en una institución y un hospital modernos no era descabellada ni era una novedad. Al inicio de los años cuarenta, el mundo veía la consolidación de un nuevo modelo de hospital que abandonaba el clásico esquema francés, no solo desde el punto de vista arquitectónico, sino en su organización, administración y sus funciones. El Primer Congreso Latinoamericano de Hospitales, realizado en Chile, en 1940, y al que asistió el médico colombiano Arturo Jaramillo, «presentó a la comunidad médica de la región el modelo de hospital moderno que venía impulsándose en los países industrializados, en especial en los Estados Unidos e Inglaterra» (Quevedo et al. 2013b, 121). Países con una población básicamente urbana en los que el modelo flexneriano



de la educación médica se traducían efectivamente en «la articulación de las actividades preventivas y curativas; la integración de la investigación, la atención y la formación; el control de costos y la administración profesionalizada; la estructura física de *monoblock* y, lo más importante, la organización regionalizada en “zonas hospitalarias” y niveles de complejidad» (Quevedo et al. 2013b, 121). Es interesante pensar que este nuevo modelo suponía dislocar las viejas relaciones de poder del hospital de caridad, desplazar aún más el predominio religioso y la idea caritativa y vencer las formas de dirección de la estructura médica decimonónica, afrancesada, para dar pleno paso a la hegemonía de una ciencia médica que a estas alturas consolidaba su campo

El INR aspiraba a entrar en el grupo de hospitales modernos, que se alejaban cada vez más del modelo francés. El Hospital San Carlos era un ejemplo de esos cambios.

de conocimiento y su eficacia, elementos que le daban derecho pleno para dirigir y ejercer su dominio del hospital.

Lo cierto es que después del congreso chileno, en 1942 se desarrolló el Primer Congreso Colombiano de Hospitales, y allí surgió la Asociación Colombiana de Hospitales. Esta abogaba por la construcción de hospitales modernos, como lo que César Pantoja proyectaba para el instituto. Sin embargo, las realidades de un país donde solo el 7 % de estas instituciones era financiado precariamente por el Estado central y donde la mayoría de ellas pertenecía a la beneficencia o a la caridad privada, daba pocas oportunidades a instituciones públicas pujantes para proyectarse hacia la modernidad y dejaba todo el espacio para que las iniciativas privadas comenzaran a tomar ventaja, como sucedió con el San Carlos, el Santa Clara y el Infantil, en Bogotá.

Pantoja consideraba que la palabra «curación» tenía en cancerología un sentido más relativo de lo que se pensaba.

En el artículo de Pantoja se develaban justamente las dificultades que tenía el instituto para constituirse como hospital moderno. Dos grandes asuntos se hacían evidentes: primero, ¿cómo podía construirse una institución de esta complejidad en un contexto estatal tan precario? Segundo, ¿cómo hacer viable ese proyecto en un momento de fuertes conflictos en el panora-

ma político del país que prefiguraba la gestación de una guerra de carácter bipartidista? Del primer asunto da cuenta uno de los problemas que tuvo que asumir Pantoja al llegar a la dirección del INR, cual fue la prestación de servicios especializados en cáncer a los empleados nacionales. La atención de estos funcionarios fue difícil, por cuanto no se sabía quién pagaba las cuentas de cobro por los servicios prestados. Los diversos ministerios venían utilizando en el último año y medio los servicios del instituto y estos no habían sido cancelados, debido a los escasos recursos que el Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social había destinado para tal fin. Esa situación afectaba tanto a la universidad como al propio ministerio, por lo que este proponía que a los empleados nacionales no se les cobrara por los exámenes clínicos y de laboratorio ni por los servicios de radiología y *radiumterapia*, sino que se le reconociera al instituto solo la hospitalización.

Esta propuesta, hecha por el jefe del Servicio Médico del Ministerio y avalada por el ministro Adán Arriaga Andrade, se presentó a la universidad en octubre de 1944 y en enero de 1945 se emitió una contundente respuesta negativa, a través de su síndico, Guillermo González, quien sostuvo que no existía ningún antecedente que justificara la atención gratuita a estos funcionarios; por el contrario, en el pasado, los enfermos pobres de los ministerios que habían sido atendidos pagaron, y ello era fundamental pues dichos dineros servían para financiar la construcción del pabellón para pobres. El valor de las cuentas adeudadas por las diferentes instituciones y ministerios oscilaba entre 115 y 125 pesos por paciente. Al ministerio solo le quedó entonces proponer que se estableciera una tarifa especial, a lo que el director del instituto, César Augusto Pantoja, respondió:

Como las prestaciones sociales tienen su renglón presupuestal bien determinado, no veo por qué el Instituto de Radium preste estos servicios gratuitamente, de manera que me permito sugerirle la fórmula para hacer un convenio que establezca una tarifa mínima proporcionada al sueldo devengado por el empleado, lo cual se podría extender a otras instituciones como la Contraloría, que venían haciendo una solicitud similar. (ACH-UNAL-SB 1944e, s. f.)

En suma, no existían figuras claras para encuadrar al instituto en la prestación de servicios a los empleados nacionales en ausencia de un sistema de salud y de una organización clara de la seguridad social. La falta de recursos y de normatividad generaba entuertos que impedían capturar mayores ingresos por la atención a personas que no eran pobres, sino trabajadores que devengaban salario y poseían, en teoría, el derecho al acceso a servicios de salud. Discusiones como estas, que tenían que ver con el INR, estuvieron en la base de la creación del Ministerio de Salud y el Instituto de Seguros Sociales por estos años.

Sobre el segundo asunto, el de las tensiones políticas nacionales, hay que recordar que el año de 1944, cuando Pantoja accedió a la dirección del instituto, fue el momento de una profunda inestabilidad en la vida de la nación que prefiguraba un conflicto mayor. Muchos colombianos creyeron que el liberal Alfonso López Pumarejo regresaría a la Presidencia del país para continuar con la llamada «Revolución en marcha»; sin embargo, su retorno estuvo marcado, ante todo, por la moderación, como quedó manifiesto en su discurso de posesión del 7 de agosto de 1942, en el cual estableció las dos políticas centrales de su Gobierno. Por un lado, la política internacional, destinada a fomentar la solidaridad continental, respaldar y auspiciar la



llamada «buena vecindad» con los Estados Unidos y detener la expansión del nazismo en la región (Rodríguez 1989, 374); por el otro, la política de desarrollo y ajuste discreto de algunos programas que eran medulares para el momento que vivía el país en términos políticos, administrativos y judiciales.

La reelección de López generó una reacción inmediata en el conservatismo colombiano. En particular, Laureano Gómez respondió con frases altisonantes y signos de violencia. La réplica del lado liberal la encabezaron Juan Lozano y Lozano, quien se había opuesto a la reelección de López Pumarejo, y Jorge Eliécer Gaitán; este último lo hizo en su célebre discurso sobre la «restauración moral de la república» que algunos consideraron cercano a las posturas del conservatismo (Palacios y

Safford 2002, 588). Mientras tanto, en el liberalismo reinaba una división entre Gaitán y Gabriel Turbay que le sumaba inestabilidad a la dinámica política del país. En medio de esta agitación, diversos sectores comenzaron a sacar a la luz escándalos que comprometían al Gobierno de López Pumarejo, como el crimen del periodista y boxeador llamado Mamatoco y el de la Trilladora Tolima, en el que se acusó de estar inmerso a Alfonso López Michelsen, hijo del presidente (Rodríguez 1989, 377).

A estos escándalos se sumaron dos hechos que pusieron en duda las posibilidades de continuidad del Gobierno lopista. El primero fue el cuartelazo de Pasto, el 10 de julio 1944. Tras asistir a una demostración de maniobras militares en esa ciudad, el

teniente coronel Luis Agudelo detuvo a López Pumarejo y le informó sobre la inminencia de un golpe militar urdido por el coronel boyacense Diógenes Gil, quien lo depondría del cargo. Sin embargo, esta intentona golpista, fundada en vagos y confusos argumentos, terminó en el afianzamiento de López en la presidencia y en un respaldo popular, principalmente obrero y del Partido Comunista. El segundo hecho fue la enfermedad de María Michelsen, esposa de López Pumarejo, que obligó al mandatario a pedir una licencia para viajar a los Estados Unidos, la cual fue prorrogada en dos ocasiones, en diciembre de 1943 y en marzo de 1944. Fue durante esa época que el doctor Pantoja tomó la dirección del INR y él, personalmente, le diag-



Discurso de posesión de Laureano Gómez en el Salón Elíptico del Capitolio Nacional, 7 de agosto de 1950. *Gran Enciclopedia de Colombia*, Círculo de Lectores, 2007.



Jorge Eliécer Gaitán, rodeado por un grupo de mujeres. Fondo Documental Jorge Eliécer Gaitán. ACH-UNAL-SB-colección fotográfica.



nosticó un cáncer de seno a la primera dama, por lo que sugirió su traslado al Memorial Hospital de Nueva York.

Finalmente, el presidente renunció el 15 de mayo de 1944 aduciendo razones políticas, personales y familiares, que fueron rechazadas por el Senado. En su remplazo fue escogido como designado Alberto Lleras Camargo, quien poco hizo por mantener el control liberal del Gobierno. Ello y la división entre Gaitán y Turbay crearon las condiciones para el regreso de los conservadores al poder en el marco de un tormentoso clima político y social: primero con el ingeniero Mariano Ospina Pérez y luego con Laureano Gómez, en un ciclo que cerró el golpe militar de Gustavo Rojas Pinilla, el 13 de junio de 1953. En medio de estas tensiones generales se movían, inevitablemente, todas las instituciones del país y, claro, el INR no escapaba a estas pode-

rosas y conflictivas variables de la política. Los ámbitos sociales, económicos, culturales, religiosos, científicos y hasta artísticos del país asimilaban y debían tramitar, lo quisieran o no, el impacto de esta situación.

LA CRISIS, MÁS ALLÁ DE LAS RENUNCIAS

El ambiente de tensión política que se acaba de describir impactó necesariamente en toda la institucionalidad y tocó de manera diferencial, según las afinidades ideológicas, a las élites científicas y universitarias del país, como también lo hizo con el grueso de la población colombiana. Lo que se estaba viviendo anunciaba cambios y trastornos importantes para la nación. Y,



Alberto Lleras Camargo, dos veces presidente de Colombia entre 1945-1946 y 1958-1962. Fotografía: autor desconocido, 1958. Dominio público / Colección Archivo Nacional Brasil.

Alfonso López Pumarejo, Gustavo Rojas Pinilla y Mariano Ospina Pérez. www.revistaarcardia.com.

como lo sugiere Efraim Otero Ruiz en sus *Setenta años del cáncer en Colombia*, también sacudió al INR y al entorno académico y médico que lo sostenía. El rector de la Universidad Nacional, Gerardo Molina, le había solicitado al recién nombrado director un plan de reorganización con el propósito de solucionar las deficiencias organizativas ya detectadas por Huertas, hacer los nuevos nombramientos requeridos y desplegar la orientación moderna que estaba tomando, junto a otros frentes de la salud, la labor asistencial en el país. Para el diseño del plan, el rector le recordó a Pantoja que en el instituto existían los siguientes problemas en los cuales la Universidad tenía especial interés:

Solicitud del Ministerio de Trabajo de una tarifa especial para empleados públicos.
Contratos con el personal científico de ese Instituto.
Presupuesto para poder terminar el Pabellón de pobres.
Extensión de los servicios del Instituto a la República del Ecuador. (ACH-UNAL-SB 1944f, f. 24)

Pantoja cumplió el encargo del rector, y el 25 de septiembre de 1944 el secretario general de la Universidad le recibió la propuesta del plan y la derivó al decano de la Facultad de Medicina, Darío Cadena, con el fin de que este último la estudiara «detenidamente con el Doctor Pedro Eliseo Cruz, e informara sobre su conveniencia e inconveniencia» (ACH-UNAL-SB 1944g, f. 10). El proyecto de reorganización del INR se iniciaba estableciendo su misión:

El Instituto Nacional de Radium es una dependencia de la Universidad Nacional, que tiene primariamente funciones docentes y funciones de investigación en todas las manifestaciones del cáncer. Para acometer la esfera de sus atribucio-

nes el Instituto Nacional de Radium aprovechará el material que la patología nacional le ofrece en la clientela que acuda a sus servicios, por lo cual necesariamente tendrá funciones de asistencia pública, asesorándose de la junta de beneficencia y de las entidades privadas y oficiales a quien compete principalmente este cometido.

En las funciones docentes y de investigación, conservando su fisonomía de entidad universitaria autónoma, estará asesorado de la facultad de medicina de la Universidad Nacional. En su campaña de profilaxis contra el cáncer buscará la cooperación de la Universidad Nacional y de las entidades oficiales que como el Ministerio de Trabajo estén interesadas en la higiene pública aprovechando los servicios sociales que le faciliten el control de los enfermos. El Consejo directivo del Instituto de radium estará integrado por el director, quien presidirá las sesiones, los miembros rotatorios de su personal científico y un representante del rector de la Universidad Nacional. (ACH-UNAL-SB 1944h, f. 12)

El proyecto establecía que el instituto tendría tantos departamentos científicos como lo exigiera una entidad hospitalaria moderna, de modo que el director y el Consejo Directivo podrían crear las dependencias que fueran necesarias para el servicio adecuado de las funciones de enseñanza-docencia, investigación y asistencia pública. Los departamentos científicos pensados en ese momento iban a ser: consulta externa general, departamento médico, departamento quirúrgico, departamento de radiumterapia, departamento de radioterapia general, departamento de radioterapia profunda, departamento de patología y departamento de radiodiagnóstico.

Además, se establecían las consultas de especialidades que incluían: órganos de los sentidos, enfermedades de la piel, urología, proctología, broncoscopia y gastroscopia. En un apartado especial del proyecto se definía el movimiento científico del Instituto de Radium:

Para seleccionar de una manera científica los casos, cada enfermo que salga de la consulta general pasará rigurosamente al departamento médico y a su vez a cada uno de los departamentos que por turno les toque resolver las consultas, irá luego a los laboratorios y al departamento de radio diagnóstico y a las consultas de especialidades, de modo que al final de estos exámenes, quede una historia clínica completa de donde salga laureado el diagnóstico. Así, el Instituto funcionará a la manera de un Centro médico donde se hagan todas las exploraciones modernas en la clínica y en laboratorio en todo ajustadas a los avances que estén al orden del día en el triple dominio del diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento del cáncer y de todas aquellas afecciones que tengan alguna relación con esta entidad clínica. (ACH-UNAL-SB 1944h, f. 12)

Este último elemento era muy llamativo, ya que suponía ensanchar la labor del instituto a afecciones que para su tiempo no estaban del todo relacionadas con el cáncer, pero que, desde la experiencia de Alfonso Esguerra en el servicio del San Juan de Dios, se trataban con *radiumterapia* o *roentgenterapia*. No deja de ser curioso en este sentido lo dicho por Pantoja:

Tal ocurre para poner un ejemplo con las leucemias y algunas ulceraciones del aparato digestivo. En rigor tales enfermeda-

des no son en sí mismas entidades del cáncer pero en virtud de la mejoría que en los tratamientos con irradiaciones se obtiene en el primer caso, y a las manifiestas relaciones etiológicas, que se apuntan en el segundo, hacen necesario este ensanche en los dominios del cáncer. (ACH-UNAL-SB 1944h, f. 4)

Este ensanche estaría a la discreción de la Dirección Científica y de los departamentos, y ordenaría el uso de las radiaciones para tratar otras enfermedades diferentes del cáncer, lo que desde 1935 venía sucediendo en la parte asistencial del instituto. En el área de la formación en oncología, el proyecto incluía varias actividades en las que es posible entrever la insistencia en el campo de la anatomía patológica y la visión anatomoclínica, sustentadas tanto en la tradición francesa como en la perspectiva norteamericana. Se establecía que la conferencia clínico-patológica se llevaría a cabo una vez al mes, a fin de cotejar los datos de la clínica con las comprobaciones del laboratorio de patología, provenientes de biopsias, especímenes quirúrgicos y hallazgos de autopsias, para establecer la realidad del diagnóstico clínico.

Adicionalmente, se llevaría a cabo un seminario de cáncer una vez al mes, que trataría sobre los recientes avances científicos en la materia, los procedimientos y los tratamientos. A ello se sumarían los cursos para posgraduados y las labores educativas en torno a lo que Pantoja denominaba *profilaxis del cáncer*. Esta última se entendía como «toda labor informativa y de propaganda tendiente a evitar, hasta donde las circunstancias lo permitan, la propagación del cáncer» (ACH-UNAL-SB 1944h, f. 12). Allí cabían bien algunas acciones de proyección informativa y educativa hacia la ciudadanía que ya desarrollaba el instituto, como era el caso de la participación en la cátedra libre de la Radiodifusora

Nacional que se proyectaba para los días 5, 12, 19 y 26 de julio de 1944 en el horario de 6:45 a las 7:00 p. m. (ACH-UNAL-SB 1944i, s. f.)

Finalmente, la reorganización suponía consolidar la sección de estadística. Para ello, Pantoja solicitó al médico Julio Barrera Saba que le sustentara por escrito la necesidad de la existencia y el fortalecimiento de esta sección, lo que Barrera hizo, incluyendo un conjunto de funciones epidemiológicas y preventivas benéficas, según él, para la medicina y la sociedad colombianas. En palabras de Barrera, hasta ese momento el instituto venía llenando, desde el punto de vista social, dos funciones que se podían resumir de la siguiente manera: una función social curativa, entendida como «las actividades del Instituto en lo referente a los tratamientos que se adelantan», y una función social profiláctica relativa, donde el término relativa [...]

[...] atañe a la campaña preventiva que el Instituto cumple; pues Ud. lo sabe, tan bien como yo, que la campaña social desde un punto de vista profiláctico es completamente nula en nuestra institución y que toda actividad en este sentido sólo se adelanta a través de los controles periódicos que se siguen a los pacientes ya tratados o que, sin haber sido tratados, han venido por su propia cuenta al Instituto en solicitud de consejo. (ACH-UNAL-SB 1944j, f. 18)

Para Barrera era necesario que una sección de estadística recopilara los datos sobre los antecedentes de los pacientes, sus medios de vida y sus profesiones u oficios con el fin de analizarlos, estudiarlos y obtener un punto de partida cierto, o lo más cierto posible, acerca de las causas probables que determinaban la mayor frecuencia de la enfermedad en la población. En su argumentación salía a la luz el debate que venía desarrollándose

respecto al cáncer: mientras unos sostenían que se trataba de un asunto hereditario, como se venía proponiendo en la década anterior, otros se preguntaban si existían causas externas o si, francamente, había una etiología convincente que lo explicara. Lo cierto es que, en medio de ese debate, era fundamental el aporte del paradigma epidemiológico que comenzaba a cobrar forma en el estudio de la enfermedad en el país.

Ordenar esta sección de estadística suponía disponer de un *kardex*, colaborar con la Contraloría General de la República y lograr un manejo cuidadoso de las historias clínicas. De hecho, la nueva reglamentación de la Contraloría sobre la estadística demográfica y sanitaria del instituto era conocida y citada a inicios de 1944 por José Vicente Huertas en su correspondencia con el rector de la Universidad Nacional (ACH-UNAL-SB 1944k, f. 60). Pero su situación en ese momento exigía una refundación más formal e institucional.

Con la sección de estadística a bordo, la propuesta inicial de reorganización del instituto sufrió varias modificaciones en su discusión dentro de la universidad y se convirtió finalmente en el Acuerdo 136 del 5 de diciembre de 1944, que no dejó de suscitar polémicas. En primer lugar, se establecía que, en virtud de la Ley 68 de 1935, el instituto tenía carácter de servicio universitario, por ser un centro de investigación científica, de enseñanza superior y de asistencia social, cuyo objetivo principal era estudiar y tratar el cáncer y demás entidades patológicas similares o tratables por los mismos procedimientos que el cáncer. Pero investigar la etiología y patogenia de esta enfermedad constituía una de sus funciones fundamentales (Universidad Nacional de Colombia 1944).

En algunos artículos del acuerdo se organizaban las labores docentes anunciando que ellas «serán desarrolladas de común

acuerdo con las directivas de la Facultad de Medicina y los programas respectivos deberán recibir su aprobación» (Universidad Nacional de Colombia 1944). El gobierno del instituto quedaría a cargo del director nombrado en el marco de la Ley 68 de 1935, como representante de las directivas de la universidad y asesorado por un consejo consultivo conformado por los cuatro jefes de las secciones del INR. La articulación de la institución con los médicos y hospitales del país y su papel en la formación de técnicos especialistas y profesores en la materia fueron considerados en el acuerdo.

Su función informativa popular y de propaganda —tendiente a difundir dentro de la población un conocimiento básico sobre los síntomas iniciales de lesiones malignas y la conveniencia de recurrir tempranamente a la consulta— estaría apoyada por los servicios de salud y de asistencia social que incluían —además de los centros de salud, los hospitales, los hospicios, los jardines infantiles y las sala cunas— los ministerios y la prensa hablada y escrita, con el fin de iniciar la «profilaxis del cáncer» (Universidad Nacional de Colombia 1944). En el campo asistencial, el instituto atendería gratuitamente a los enfermos pobres de solemnidad hospitalizándolos, de ser necesario, en las salas dispuestas para ello por la Junta Central de Beneficencia, hasta que se terminara de construir el pabellón para pobres. Se cobraría a los enfermos pudientes de acuerdo con las tarifas presentadas anualmente ante el Consejo Directivo para su aprobación.

Las fuentes de financiación del instituto revelan la configuración del campo de la salud en aquellos años: una mezcla entre la caridad, la asistencia pública y lo privado que marca, para la larga duración, la prestación de los servicios de salud dentro de lo que Mario Hernández (2002) ha llamado una «salud fragmentada» originada en el marco de la creación del Ministe-

rio de Higiene, en 1946. El acuerdo establecía que los ingresos del instituto estarían constituidos por donaciones, legados del presupuesto de origen público de la universidad y los servicios pagados por los enfermos pudientes.

El organigrama del instituto mantenía el Departamento de Consulta Externa General, el Departamento Médico, el Quirúrgico, el de Radiumterapia, el de Roentgenterapia General, el de Roentgenterapia Profunda, el de Radiodiagnóstico y el de Consultas por especialidades que incluían: órganos de los sentidos, enfermedades de la piel, urología, proctología, broncoscopia y gastroscopia. Pero se introducían algunos cambios muy sugestivos. El Departamento de Patología, presente en la propuesta inicial, ahora se denominaba Departamento de Laboratorio, muy a tono con los debates en torno a las mentalidades médicas de aquellos años. Se introducía el Departamento de Estadística, atendiendo a las consideraciones expuestas por el doctor Barrera, lo que suponía el fortalecimiento de la orientación epidemiológica e investigativa de la institución y, finalmente, se incluía la especialidad de neurocirugía.

Las otras disposiciones en materia administrativa, de nombramientos y reglamentos se ceñían a la normatividad establecida por la universidad y no parecían generar mayores problemas. Pero un tema que sí era controversial en el acuerdo estaba contenido en el artículo 15, que se dedicaba a la propuesta de división del personal técnico en función de sus labores. Allí se definían tres categorías: personal de tiempo completo, que quedaría sometido a las disposiciones generales de la universidad sobre profesores de tiempo completo; personal de medio tiempo, que invertiría al menos cuatro horas diarias al servicio en el instituto, y personal de tiempo ordinario, que debía dedicar a sus labores, por lo menos, cuatro horas semanales. Todo pare-

ce indicar que esta organización laboral generó malestar entre los médicos, acostumbrados a cierta flexibilidad en los horarios y a contar con tiempo para el ejercicio privado de la profesión.

En coherencia con el apartado de dedicación de los médicos contenido en el proyecto, y previendo tal vez la reacción de los galenos, en octubre de 1944, mientras se discutía su iniciativa de reestructuración, Pantoja solicitó un ajuste del salario y de los cargos de varios médicos. Propuso que al doctor Pablo Tovar Borda se le ascendiera de ayudante en la Sección de Cirugía a segundo cirujano en esta misma sección y se elevara su salario de 120 pesos mensuales a 225. El doctor Celedonio Medina, que figuraba en la nómina como ayudante en la Sección de Roentgenterapia, con 150 pesos mensuales, y que trabajaba en la jornada de la mañana, pasaría a ser de tiempo completo con la asignación de 350 pesos mensuales. Al doctor Eduardo Ricaurte Medina, quien aparecía también como ayudante en la Sección de Roentgenterapia General, cuando en realidad desempeñaba las funciones de jefe de la Sección de Radiodiagnóstico, se le ubicaba en este último cargo con un salario de 250 pesos mensuales y con la misión de crear y organizar todo lo concerniente a esta sección. Igualmente, se proponía subirle la asignación mensual al doctor Carlos Márquez y mantener la misma asignación salarial para el doctor Ricardo Forero. Parecía que Pantoja trataba de evitar la desertión del personal científico o, quizás, corregir una situación de desnivel salarial que era sentida por los miembros de este personal.

Adicionalmente, el director sugirió incrementos en el salario mensual de varios trabajadores. A los señores Antonio María Espinosa, anestesista, de 100 a 150 pesos mensuales; al doctor Hernando Latorre, de 120 a 150 pesos mensuales; a la señorita Nena Rodríguez, por su antigüedad como enfermera

LA SANIDAD EN COLOMBIA*

Por el Dr. PEDRO ELISEO CRUZ

Ministro de Higiene

El Ministerio de Higiene fue creado por la Ley 27 de 1946, que entró en vigor el 9 de enero de 1947 mediante el Decreto número 25. Así, pues, esta Memoria solamente ha de comprender la marcha del Ministerio desde su iniciación hasta el momento actual, con simples referencias a las épocas anteriores, que habían venido siendo insertadas en los informes de otros Ministerios.

El Ministerio de Higiene constituye, en mi sentir, uno de los ramos más importantes de la Administración Pública, y no sería exagerado decir que es en sí el verdadero Ministerio de la defensa nacional. Así, ha de constituir una de las principales preocupaciones de los poderes públicos el que llegue en el futuro a ocupar el puesto preeminente que le corresponde. Si se quiere que la civilización sea estable, es preciso que todos los gobiernos miren como su principal función, no el estímulo de los medios recíprocos de destrucción sino el de aquellos recursos que tienden a defender al elemento humano. A ello deberán propender las mayores disponibilidades de nuestro restringido presupuesto nacional. Desgraciadamente no ocurre así, y las apropiaciones concedidas a este Ministerio solamente alcanzan a cubrir las mínimas urgencias de la labor encomendada a este Despacho, lo que nos obliga a andar con pasos vacilantes y cortos en el cumplimiento de nuestra misión.

A lo anterior se agregan el breve tiempo transcurrido desde la iniciación ministerial y las dificultades opuestas a la eficaz y rápida aplicación del estatuto orgánico. Entre ellas debo mencionar en primer término la disgregación presupuestal en una multitud de pequeños organismos de carácter asistencial, surgidos a expensas de la iniciativa particular, pero que luego han tenido que ser subvencionados, cuando no sostenidos, por el erario público, sin control efectivo del Estado; algunos, con eficiencia y rendimiento, otros, en forma rudimentaria, opuesta muchas veces a las más elementales normas de humanidad.

No menos inconveniente es la rigidez de las normas establecidas en el control de los dineros públicos, concernientes al ramo que nos ocupa. La higiene y la asistencia públicas deben, por su misma peculiaridad, gozar de una gran elasticidad y movilidad en el empleo de los dineros a su cargo. Las epidemias, como toda calamidad pública, imponen medidas de emergencia, que no pueden estar sujetas a las normas comunes, ya que no pueden ser aplazadas en su aplicación.

* Resumen de la Memoria del Ministerio de Higiene para el año 1946. La Memoria anterior sobre sanidad en Colombia apareció en el Boletín de marzo 1944, p. 133.

806

«La sanidad en Colombia. Ministerio de Higiene».

Pedro Eliseo Cruz, boletín Oficina Sanitaria
Panamericana, 1948, pp. 806-813.

externa-secretaria, de 100 a 120 pesos mensuales, y a la señorita Isabel Borda Aza, secretaria, de 130 a 150 pesos mensuales. Estos incrementos también cubrían a los trabajadores Marcelino Garavito, Luis Suspés y Luis Méndez, el primero portero, el segundo ayudante en la portería y el tercero mecánico encargado de la caldera. Para los dos primeros se proponía un incremento de 50 a 70 pesos y de 40 a 60 pesos, respectivamente; mientras que para el último se incrementaba el salario de 65 a 75 pesos mensuales. El beneficio laboral se extendía a las señoritas Teresa Rivas Posada y Carmen Elvira Reyes, la primera instrumentadora y la segunda bibliotecaria, y también a otra enfermera externa nombrada como ayudante en la oficina de información. Para estos cargos que no figuraban en la nómina, al ser creados por iniciativa de Pantoja, se establecían asignaciones de 90 y 80 pesos mensuales, respectivamente (ACH-UNAL-SB 1944l, f. 554).

Estos cambios se aprobaron en diciembre de 1944 por medio de la Resolución 554 de la Rectoría e incluyeron el nombramiento del doctor Julio Barrera Saba como jefe de la Sección de Estadística, con una asignación de 120 pesos mensuales. También se estableció que se dispusiera la suma de 180 pesos mensuales, 70 menos que en el pasado, para el pago de un nuevo residente. Pero Barrera Saba, como si supiera que se avecinaba una crisis, no duró mucho en la institución. En enero de 1945 se retiró por tres meses de su cargo y fue remplazado por el doctor Julio Manrique, interno del instituto, con una asignación mensual de 120 pesos. El miércoles 17 de enero Juan Pablo Llinás fue nombrado alcalde de Bogotá y tomó posesión un día después, siguiendo la tendencia reciente de médicos-alcaldes fundada por Alfonso Esguerra. Este nombramiento como alcalde comenzó a distanciar a Llinás del INR.

En febrero de 1945 estos movimientos de personal y de sueldos, de renunciaciones y alejamientos temporales del instituto, fueron configurando una crisis en todo el sentido de la palabra. Crisis que tenía como centro real las reformas organizativas, salariales, administrativas y misionales introducidas por el Acuerdo 136 de diciembre del año anterior y que según varios médicos y directivos habían sido decididas por el Consejo Directivo de la Universidad sin ser consultadas con el personal del INR, y en perjuicio de esta institución. Como le sucedió a Huertas, el ánimo modernizador y reformista de Pantoja, respaldado por la Universidad, amenazaba con quebrar una cierta endogamia existente en el instituto, vulnerando su autonomía y el poder que ostentaba de puertas para dentro su personal. En medio de esta situación, se produjeron inicialmente las renunciaciones, un tanto aisladas, de Juan Pablo Llinás, Daniel Brigard y Ramón Atalaya. Después vinieron otras que registró en su primera página el periódico *El Tiempo*, en la edición del 7 de febrero de 1945 («Grave crisis se presenta» 1945, 1), las que finalizando ese mismo mes podían considerarse un fenómeno cuantitativo y cualitativamente importante¹. En ese momento, Llinás ejercía como alcalde de Bogotá y unas semanas después lo nombraron profesor en la Universidad Javeriana, para el fortalecimiento de su Facultad de Medicina, en su versión moderna, que proviene de los años treinta y cuarenta del siglo pasado.

1 Según Garrido (2004), el 22 de marzo de 1945 todos los médicos de radioterapia, al igual que el personal de enfermería y el administrativo, le presentaron su renuncia colectiva e irrevocable al doctor César Augusto Pantoja, quien había planteado reformas en el campo docente, en la cátedra libre y en programas de prevención del cáncer a nivel nacional con educación del público general.

Posteriormente, el 10 de febrero, el mismo diario informó que seis profesores del INR habían presentado su renuncia por diferencias de criterio con las directivas de la Universidad Nacional, respecto a los fines, la organización y la marcha de la institución. En realidad, no eran seis nuevas renunciaciones, sino que a los tres primeros (Llinás, Brigard y Atalaya) se sumaban ahora Ricardo Forero, Carlos Márquez y Eduardo Ricaurte. Estos acontecimientos dieron lugar a varios rumores sobre un posible cierre del instituto. Sin embargo, las directivas de la Universidad desmintieron esta posibilidad, aclarándole a la opinión pública que los médicos seguirían atendiendo a los enfermos hasta que la universidad nombrara nuevo personal («No será cerrado...» 1945, 1).

Para el 20 de febrero el conflicto había escalado con una nueva renuncia, la del profesor Rafael Meoz («El conflicto en el Instituto» 1945, 1), y con el nombramiento del doctor Daniel Brigard como director del Hospital San José («Nombrado director de San José» 1945, 3). Poco antes, el alcalde Juan Pablo Llinás le había ofrecido a Brigard la Dirección Municipal de Higiene, pero este no la había aceptado. En respuesta a esta desbandada de médicos, sobre los últimos días de febrero, las directivas de la universidad se reunieron para hacer frente a la crisis que se incrementaba, convocadas y presididas por el rector Gerardo Molina. Pero ninguna solución definitiva surgió de este encuentro de alto nivel, así que la crisis se prolongó.

En este contexto surgieron posiciones y argumentos desde diferentes sectores médicos del país que desataron un debate sobre la situación y el destino del instituto. En la polémica unos defendían la tradición de los fundadores y otros abogaban por la renovación y una mayor apertura. El doctor Pedro Eliseo Cruz, que había evaluado el proyecto de reorganización presentado

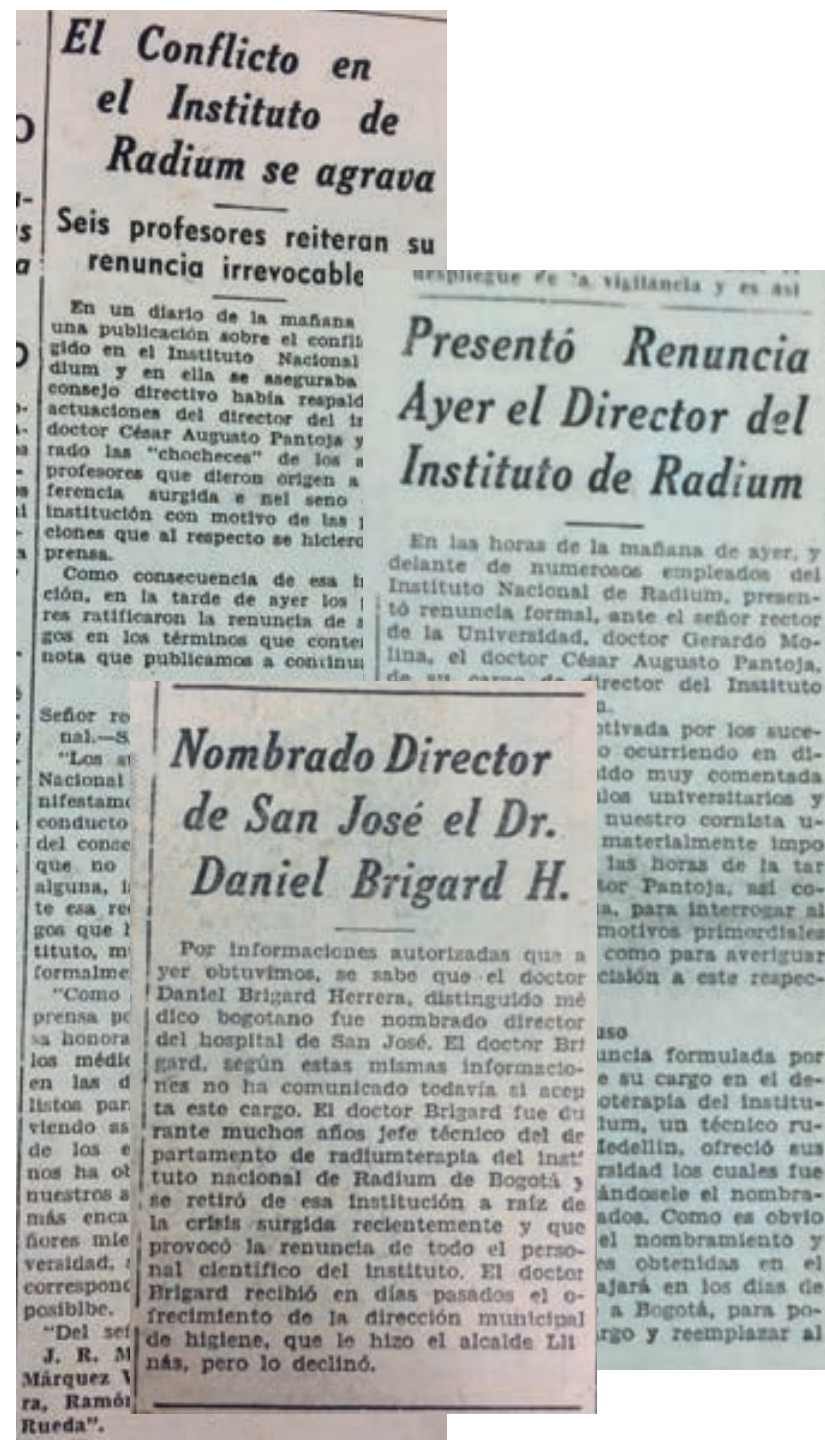


Comunicación del jefe de Sección de Estadística del INR al director, antes de la crisis. ACH-UNAL-SB.

por Pantoja y quien tres años después, en 1948, fue uno de los que acompañaron a Jorge Eliécer Gaitán en el momento de su asesinato, escribió en el periódico *El Liberal* una nota con afirmaciones muy fuertes que iban en contra tanto del INR como de los médicos que renunciaron, en la que expresaba al mismo tiempo su animadversión política al carácter conservador de su primer director y contra los pioneros de la cancerología que participaron en la fundación del instituto. En un estilo similar, pese a que estaban en pleno proceso de renuncia, se expresaron los médicos Ricardo Forero, Carlos Márquez Villegas y Daniel Brigard, en una nota publicada en el diario *El Tiempo*, en la que defendían al instituto y valoraban el trabajo que habían realizado. Finalmente, todo resultó en un contrapunteo en la prensa que tomó varias páginas y formó en el público, y en los más interesados en el asunto, diversos imaginarios sobre el INR y su funcionamiento.

En febrero de 1945 los movimientos de personal y de sueldos, de renunciaciones y alejamientos temporales del instituto, fueron configurando una crisis.

Diversos artículos en el periódico *El Tiempo* dieron cuenta de la crisis que vivía el Instituto Nacional de Radium en 1945 (febrero 28, febrero 20 y marzo 14).



Cruz afirmaba que «lo estrecho de la edificación apenas permitía un número limitado de enfermos seleccionados entre los que pudieran pagar el costo de su tratamiento. Los [...] indigentes siguieron siendo hospitalizados en un sótano del pabellón de maternidad del Hospital San Juan de Dios» («Los profesores del Instituto» 1945, 11).² En respuesta, los médicos Forero, Márquez y Brigard reconocían que los servicios siempre habían sido insuficientes, así como que había problemas con las dotaciones. Sin embargo, afirmaban que el profesor Cruz había errado en que hubiera existido allí una selección de enfermos en la cual se privilegiara a los que podían pagar el costo del tratamiento. Pero esto era explicable en el caso de una persona que solo había pasado en tres ocasiones por el instituto, como lo reconocía el propio Cruz en sus declaraciones ante el Consejo Directivo de la Universidad Nacional. Los tres médicos sostenían que nunca había existido un criterio de exclusión social, pues los enfermos menos favorecidos económicamente habían tenido las mismas oportunidades que los que tenían dinero, y ello podía constatar-se por medio de las estadísticas. Y preguntaban cuál era la diferencia entre las condiciones de los servicios del instituto y las de los servicios que con tanta pulcritud e inteligencia dirigía el doctor Cruz en el San Juan de Dios. En relación con el contrato con la Beneficencia —que no se había aprobado un año atrás bajo la administración del doctor José Vicente Huertas—, Cruz culpaba al equipo técnico del INR de oponerse a su aprobación. Pero no fue así, pues el proyecto sufrió un tremendo ataque en el seno

del Consejo Directivo de la Universidad Nacional, instancia que legalmente lo debía aprobar y que lo negó rotundamente, por considerarlo inaceptable para los intereses universitarios.

El pabellón para enfermos pobres era también objeto de críticas. Cruz afirmó que el instituto había recibido para ello recursos de la universidad y del Estado, lo cual le había ocasionado problemas financieros al erario. Frente a este tema, Brigard y sus colegas afirmaban que el dinero invertido en tal obra por parte de la universidad realmente provenía de la venta de servicios del INR, el cual debía ir a la caja de la universidad y luego ser devuelto para la financiación de la obra, según lo establecía el régimen de flujo de recursos. Así mismo, los 65 000 pesos dados como donación por el Banco de la República fueron recibidos por el instituto cuando ya el pabellón había sido terminado, de modo que se invirtieron en la construcción de un pabellón para las Hermanas de la Caridad, en la adquisición de una planta de lavandería y en el encargo de un ascensor.



Cadáver de Jorge Eliécer Gaitán en la Clínica Central.

El doctor Pedro Eliseo Cruz, a la derecha. Fotografía: Biblioteca Luis Ángel Arango, Banco de la República.

² En esta nota, además de los comentarios del periodista, se incluyeron las cartas de Brigard, Forero y Márquez, y también la del doctor Calvo, una seguida de la otra, por lo que se cita únicamente la nota principal que es la fuente de la información.



Un editorial aparecido en el periódico *El Tiempo* del 7 de marzo de 1945 analizó la forma en la que la Universidad Nacional manejó la crisis del INR.

La otra crítica fuerte de Cruz iba en el sentido de que el instituto había negado la formación a médicos y estudiantes de medicina, a lo que Brigard y sus dos compañeros respondieron que «en los diez años que este centro médico lleva de trabajo, no ha negado, como lo afirma el profesor Cruz, medios de perfeccionamiento a ningún médico ni a ningún estudiante de la Facultad de Medicina. Al contrario [...] quienes han querido estudiar allí han encontrado facilidades y apoyo» (carta dirigida a *El Tiempo* por el doctor J. A. Calvo «Los profesores del Instituto» 1945, 11). Si fuera cierto lo expresado por Cruz, ¿cómo se podrían explicar entonces [...]

[...] formaciones médicas especializadas como la del profesor Márquez Villegas para citar justamente a la persona candidatizada por el propio Consejo Directivo de la Universidad para dirigir una de las secciones del Instituto? ¿O la de los doctores Hernando Latorre, Julio Barrera, Hernando Ordóñez, Guillermo de Angulo, Gonzalo Montes, Jorge Bernal, Jorge Amorocho, Carlos Molano, Carlos Moreno y tantos más, como la elaboración del ya crecido número de tesis inspiradas y dirigidas por los miembros del Instituto de Radium? («Los profesores del Instituto» 1945, 11)

Brigard, Forero y Márquez se apoyaban en los doctores Herre-
ra, Vélez y Villegas para afirmar que la enseñanza universitaria debía estar regida por la Facultad de Medicina, y que era esta posición de principios la que explicaba por qué el instituto no había abierto cátedras propias de cancerología. De sus afirmaciones puede colegirse que uno de los motivos por los cuales algunos galenos se oponían a la reforma propuesta por las directivas de la universidad tenía que ver con la tensión existente

entre formación e investigación, sugiriendo incluso que estas podrían ser incompatibles si se manejaban exclusivamente desde el instituto:

Por lo demás, la enseñanza técnica concebida en la forma propuesta en la nueva reglamentación, se opone con los trabajos de investigación. Bastaría para sustentar este postulado remuerto [sic] en el lamentado profesor y maestro Corpas, quien con razón afirmaba que “la función docente y la investigación son incompatibles, ya que la una marcha en superficie y la otra en profundidad”. («Los profesores del Instituto» 1945, 11)

El debate sobre el instituto resonó en las Jornadas Médicas que se celebraban por esos días en Bogotá. El doctor J. A. Calvo, que participaba de ellas, entró en la discusión con un planteamiento también registrado por *El Tiempo* y que daba una perspectiva más profunda sobre los elementos que determinaban la crisis, apelando a dos argumentos centrales: primero, el cambio que estaba teniendo lugar en la organización y promoción de la enseñanza universitaria; segundo, las complejas realidades políticas que vivía el país y que ponían de un lado a un conservatismo ausente del poder y del otro a un liberalismo asociado frecuentemente con el socialismo. Este liberalismo, si bien controlaba el poder ejecutivo, se encontraba seriamente debilitado por el fracaso de la «Revolución en marcha». Sobre el primer argumento, Calvo expresaba que «en las disciplinas universitarias, aquella seriedad de antaño, el respeto a la experiencia y a la técnica pura habían sido reemplazadas poco a poco por una alegre impreparación fomentada entre los bastidores de la pereza, la demagogia y cierta malsana emulación» («Los profesores del

Instituto» 1945, 11). En una clara alusión a la reciente renuncia del doctor Hernando Anzola Cubides a la Secretaría de la Facultad de Medicina y a la situación del instituto, consideraba que ya no se respetaban los concursos para los nombramientos de médicos y cirujanos en los hospitales, y los jóvenes, sumidos en la pasividad, no prestaban atención a la técnica y a la seriedad académica. Estas tendencias, según Calvo, amenazaban al instituto, una entidad que a sus ojos tenía una importancia indiscutible. En primer lugar, por la especialización de sus fundadores en Europa. En segundo lugar, por su influencia internacional, al haber preparado técnicos que habían intentado formar institutos similares en otros países vecinos, como fueron los casos de los doctores Descalzi y González, en el Ecuador, y Horna Gil y García, en el Perú. En este último país, en particular, el influjo del INR fue tal que los planos de su instituto fueron elaborados en Bogotá. Entre tanto, en Venezuela, se esperaba la aprobación de las autoridades de ese país para enviar dos médicos a especializarse en Colombia.

Según Calvo, este lustre internacional se veía amenazado por la crisis y ello terminaba afectando a la ética. «La ética en este sector está de luto», afirmaba («Los profesores del Instituto» 1945, 11). Esta sentencia abría paso a su segundo argumento, el de la injerencia política en el campo médico en el contexto de un país polarizado por el bipartidismo: «Quizá en muchas ocasiones vale más el peso de las influencias o conveniencias políticas que la verdadera competencia». Y no era menor su observación. Algún diario local se había referido al instituto «como una clínica dirigida por un grupo de galenos de filiación derechista» («Los profesores del Instituto» 1945, 11), lo que Calvo consideraba sumamente ofensivo y «reñido con la genuina ideología liberal que siempre ha luchado por la verdadera convivencia de

Los Profesores Del Instituto de Radium Rectifican Algunos Conceptos Del Dr. Pedro E. Cruz

El profesor Cruz, sólo ha visitado el Instituto en tres oportunidades. El tratamiento de los enfermos. El contrato con la beneficencia.

En relación con una publicación hecha ayer en "El Liberal", de algunos conceptos del doctor Pedro E. Cruz sobre el Instituto de Radium, los profesores Brigard Herrera, Forero Vélez y Márquez Villegas nos ruegan la publicación de la siguiente carta:

"Bogotá 3 de marzo de 1945.
Señor director de "El Liberal".—E. S. D.

"El profesor Pedro E. Cruz, publicó en la edición de ayer del diario que usted tan notablemente dirige, algunas declaraciones sobre el Instituto de Radium, las cuales merecen ser comentadas. Posiblemente una información equivocada fue la causa de los errores que en la citada publicación aparecen. Es bueno aclarar estos conceptos para que el público, que es el más interesado en este asunto, tenga un conocimiento exacto y justo.

Dice el profesor Cruz:

"Lo estrecho de la edificación apenas permitía un número limitado de enfermos, seleccionados entre los que pudieran pagar el costo de su tratamiento. Los cancerosos indigentes continuaron siendo hospitalizados en un sótano del pabellón de maternidad del Hospital de San Juan de Dios.

en la nueva reglamentación, se opone con los trabajos de investigación. Bastaría para sustentar este postulado remunerarlos al lamentado profesor y maestro Corpas, quien con razón afirmaba que "la función docente y la investigación son incompatibles, ya que la una marcha en superficie y la otra en profundidad".

"Si el señor profesor Cruz ignoraba estos principios, no nos extraña su sorpresa.

"Creemos haber rebatido todos y cada uno de los puntos fundamentales sostenidos en el reportaje del profesor Pedro E. Cruz.

"A la ley de prensa nos acogemos y en su gentileza confiamos para que esta nota sea publicada.

"Del señor director atentamente,
Ricardo Forero Vélez, Carlos Márquez Villegas y Daniel Brigard Herrera".

UN CONCEPTO DEL DR. J. A. CALVO

Las Jornadas Médicas de los últimos días han atraído la atención del público sobre varios aspectos de la vida de los galenos, sobre las actividades de los hospitales y sobre las relaciones de la Universidad con los centros e instituciones de asistencia pública.

todos los hijos de una misma patria. En los campos de la ciencia no existen ni pueden existir opiniones políticas. Esto lo deben comprender de una vez los escritores para no caer en el ridículo» («Los profesores del Instituto» 1945, 11). También se había insinuado en medio del debate que los sueldos de los médicos eran muy elevados, a lo que Calvo respondía que el instituto producía sus propios recursos, y que con ese dinero se había construido el pabellón para los enfermos pobres; pero, además, en una clara defensa del concepto de profesión liberal, justificaba los salarios de los médicos encargados de una especialidad muy delicada y riesgosa, sin que ello significara no atender gratuitamente a quien lo necesitara o dejar de recibir el pago de quien tenía los medios económicos para hacerlo. Al final de cuentas, todos esos recursos se destinaban al buen funcionamiento de la institución.

Desde Honda, el médico Rafael Motta Salas también defendió al instituto y a los médicos fundadores, a quienes consideraba «poseídos de la más noble inquietud científica» («La crisis del Instituto» 1945, 7). Motta afirmaba que en cualquier otra parte del mundo estos hombres resultarían inamovibles y encaneecerían al servicio de la ciencia, rodeados de la gratitud pública. Sin embargo, la realidad colombiana determinaba otras consideraciones y la política, en palabras de Motta, estaba removiendo a los valiosos profesionales del instituto, y a otros más:

Pero entre nosotros el bacilo de la politiquería se cuela por todas partes y hoy la prensa anuncia que Llinás, el primer anatomopatologista del país, se retirará del Instituto; que Brigard, autoridad mundial en cancerología, pasa a la Higiene Municipal; que el afamado higienista Serpa, se traslada al departamento de lepra, que el eminente leprólogo

Carta publicada en el diario *El Tiempo* (marzo 4 de 1945) en la que los profesores Brigard, Forero y Márquez rebaten los argumentos del profesor Pedro E. Cruz acerca del Instituto de Radium.

Gómez Plata, que había logrado acopiar grandes conocimientos en la materia, no solo por su práctica en el país, sino también por sus estudios en el exterior, se trasladó al departamento de investigaciones científicas, y que de este se retiró Muñoz Rivas, que nació con el microscopio en las manos y estaba realizando estudios de importancia trascendental en la inmunización de la lepra. Por último, también ha presentado su renuncia Atalaya, el fundador de la cardiología en el país, y con él otros hombres de ciencia. («La crisis del Instituto» 1945, 7)

Sobre el conflicto, Motta afirmaba que no era admisible «esta purga, esta rumba, de cargos técnicos en los que hay que tener en cuenta la especialización básica. Y menos entiendo que la [sic] y dulce federación médica, donde alienta el espíritu de San Francisco de Asís, no haya intervenido contra la Hermana Intriga, la Hermana Improvisación y el Hermano Desorden, que ahora quieren invadir nuestro gremio profesional» («La crisis del Instituto» 1945, 7).

Motta era inexacto, porque en realidad ni el rector ni el Consejo Directivo ni el director César Pantoja habían llevado a cabo ninguna purga dentro del instituto; las renuncias habían sido voluntarias y, de hecho, Pantoja hizo un último esfuerzo por convocar a los renunciantes, garantizar sus condiciones laborales y evitar su salida, a través de varias cartas que reposan en el Archivo Histórico de la Universidad Nacional. Lo cierto es que en la prensa se fueron alineando, por un lado, los defensores de los médicos renunciantes y, por otro, quienes apoyaban a la nueva dirección del instituto. Los titulares de prensa exaltaron los ánimos y condujeron a malas interpretaciones, lo que agudizó la crisis.

Por medio de una carta publicada en *El Tiempo*, el 6 de marzo de 1945 se informó que habían presentado su renuncia los doctores Hernando Latorre Latorre, Alfonso Flórez, Ruperto Iregui, Eduardo Ricaurte Medina, Celedonio Medina y Gonzalo Reyes García de sus respectivos cargos en el INR. El primero de ellos, quien redactó la misiva en primera persona, justificó su decisión del siguiente modo:

He tomado esta determinación por algunos hechos que se han presentado últimamente en el desarrollo del conflicto entre el personal del Instituto y el directivo de la Universidad. Con la aceptación de las renuncias presentadas por distinguidísimos compañeros de labores y no haber llegado a un acuerdo satisfactorio, a mi juicio, el Instituto sufre un fuerte golpe en su organización y eficacia, muy a pesar de haber sido reemplazados, según informa la prensa, por ilustres colegas, pero quienes no cuentan con la experiencia que se adquiere después de muchos años de constante trabajo especializado. («Nuevas renuncias presentadas» 1945, 3)

En esta carta, firmada por Latorre y los otros renunciantes, él y sus colegas apoyaban las afirmaciones de Brigard, Márquez y Forero, respondiendo a las críticas del médico Pedro Eliseo Cruz sobre las preferencias en la atención de pacientes ricos y la exclusión de los pobres en el INR, así como sobre la ausencia de actividades de formación y docencia en esa institución. Los remitentes se ponían como un ejemplo del impacto de los procesos de especialización que se habían adelantado en el instituto desde su fundación.

Quienes acompañaban a Latorre en la carta de renuncia hacían parte del cuadro médico directivo del instituto: Alfonso



Flórez era jefe del Servicio de Radioterapia General; Eduardo Ricaurte Medina, del Servicio de Radiodiagnóstico; Gonzalo Reyes García, del Servicio de Consulta de Enfermedades de la Piel; Ruperto Iregui, del Servicio de Radioterapia Profunda, y Celedonio Medina, ayudante del mismo servicio. Para estos cinco galenos no era correcto que la universidad hubiese aceptado la renuncia de sus colegas sin haber intentado un arreglo formal y expedito de las diferencias. Pero iban más allá y afirmaban que la raíz de la problemática que se vivía radicaba en que los estatutos elaborados en diciembre de 1944, destinados al mejoramiento de la institución, no habían sido consultados con el personal especializado y al conocerse el malestar que ello generaba no se hizo ninguna gestión para evitar que fueran puestos en vigencia.

A ello se sumaba una situación más seria. Para estos médicos, desde hacía algún tiempo era evidente, por numerosos hechos, la desconfianza de la universidad respecto al trabajo y al cumplimiento de los deberes del personal científico del INR, pese a las evidencias de «más de 17.000 observaciones clínicas, el manejo estadístico más destacado dentro del ámbito hospitalario nacional, el valioso archivo de histopatología de cáncer y el edificio para la hospitalización de enfermos pobres de solemnidad, construido en su mayor parte con el rendimiento producido por el trabajo del personal científico que hoy se menosprecia» («Nuevas renunciaciones presentadas» 1945, 3). Estas razones y haber desconocido a los médicos fundadores en las decisiones tomadas por la universidad constituyeron el detonante de esta crisis, según concluía el grupo de médicos liderados por el doctor Alfonso Flórez en la carta de renuncia presentada al rector de la universidad y que fue publicada en el diario *El Tiempo*.

Ahora bien, la crisis del Instituto de Radium no puede verse de manera aislada, sino inscrita en el contexto de una transfor-

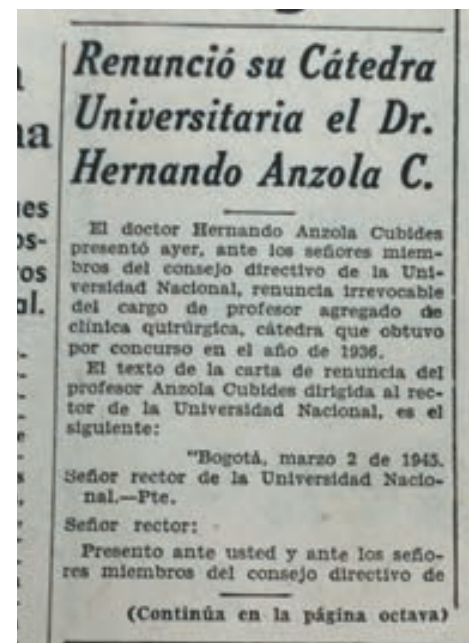
El diario *El Tiempo* prestó sus páginas para informar sobre los pormenores de la crisis que vivía el INR (marzo 5 y 6 de 1945).

mación general relacionada con la modernización del ámbito hospitalario y educativo del país y las tensiones propias de ese proceso. En ese contexto, los gobiernos liberales, a punto de ceder nuevamente el paso al conservatismo, fueron los que en su afán de consolidar y ordenar la institucionalidad estatal precipitaron la conflictividad recurriendo a todas las estructuras y las personalidades que apoyaban, por razones diferentes, estos gobiernos y lo que significaban para el país y sus instituciones. Aunque, como era claro, las ideologías y los afectos (los famosos «odios heredados» bipartidistas), así como algunos intereses corporativos o personales también jugaban en estas crisis generales y particulares con distinto peso específico.

Al tiempo que se producía la crisis del Instituto de Radium, la situación de la Facultad de Medicina y de la misma Universidad Nacional se había tornado muy tensa. El 2 de marzo de 1945 presentó su renuncia como profesor agregado de la clínica quirúrgica el doctor Hernando Anzola Cubides, cargo que había obtenido por concurso en 1935 («Renunció su cátedra» 1945, 1). Anzola dimitió aduciendo que la mayoría del Consejo de la Facultad de Medicina —contra la opinión de los representantes del profesorado y violando el reglamento de la Facultad, el Estatuto de la Universidad y la Ley 63 de 1935— prescindió de su nombre al elegir un nuevo titular de la cátedra que él ostentaba y en la cual había sido ratificado el año anterior. Para este reconocido galeno formado en Francia, empezaban a primar en la facultad influencias que rompían y anulaban la carrera del profesorado basada en concursos y méritos.

Un conflicto de cierto relieve también se estaba desarrollando en torno al interés de la Facultad de Medicina de la Nacional, la Universidad Javeriana y la Sociedad de Cirugía sobre el Hospital San José. Y para completar el panorama se ventilaba la compleja situación en la Facultad de Medicina y en la universidad por la renuncia del profesor Gustavo Esguerra Serrano al cargo de secretario de esa facultad, argumentando su desacuerdo con el pénsam vigente, así como con la elección arbitraria de profesores y la ausencia de laboratorios adecuados para adelantar la formación en bioquímica y física.

En los días siguientes, la prensa interpretó a su manera los problemas que vivían la universidad y la Facultad de Medicina, los cuales hacían parte del duro proceso de consolidación de la institución educativa en el marco de la expansión del Estado



Aviso aparecido en *El Tiempo* acerca de la renuncia del doctor Hernando Anzola como profesor agregado en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional (marzo 3 de 1945).

colombiano, de la lucha por el poder y de un ambiente nacional, regional y mundial de disputa ideológica en el que el señalamiento al socialismo parecía una fórmula común para explicar conflictos, buscar culpables y resolver tensiones de todo orden. Como lo expresó Enrique Santos Montejo —quien escribía sus columnas en *El Tiempo* bajo el seudónimo de Calibán—, la elección de Gerardo Molina, según él un reconocido socialista, produjo una situación de crisis universitaria en la que «el liberalismo ha perdido el control de la juventud. A la derecha está la Universidad Javeriana, semillero de doctrinas conservadoras y reaccionarias. A la izquierda ha quedado ahora un rector socialista, que se encargará de difundir las ideas marxistas» en la Universidad Nacional (citado en Quevedo et al. 2013b, 129). Según los periodistas de *El Tiempo*, los hechos analizados por Gustavo Esguerra en su renuncia tenían descontento a todo el profesorado; sin embargo, «ha faltado cierta virilidad en dicha Facultad y todos los profesores se han visto afectados por los hechos de preferencias e intromisiones socialistas, sin levantar la voz, por el temor de perder una “entrada”» («Renunció su cátedra» 1945, 1).³

Detrás de estas ideas derivadas de la carta de renuncia de Esguerra, había un reclamo por la escogencia de profesores que no habían hecho carrera e ingresaban como titulares o agregados sin haber sido preparadores o jefes de sección, o el nombramiento de algunos que habían obtenido puntajes bajos en el concurso pasando por encima de otros aspirantes con mejor desempeño. También se criticaba la permanente variación del

pénsum con la llegada de cada nuevo decano, o la inclusión de materias para las que no existían las condiciones necesarias y los profesores idóneos, como era el caso de la química médica, aspecto este que había generado una situación muy difícil en aquellos años.

La fórmula antisocialista fue empleada igualmente para explicar los conflictos en la Facultad de Ingeniería usando un raro ejemplo sucedido con una cátedra de Derecho Administrativo que allí se dictaba. Aunque el Consejo aprobó el nombre de Joaquín Castro Martínez para esa materia, «la Universidad nombró al doctor Restrepo. ¿Hay la tendencia de introducir un profesorado socialista democrático?» («Renunció su cátedra» 1945, 1). En el caso de Arquitectura, la prensa recogió el testimonio de estudiantes que afirmaron que se estaba imponiendo a unos profesores «sin tener en cuenta la preparación, sino la política de extrema izquierda» («Renunció su cátedra» 1945, 1). En Derecho, la renuncia del doctor Hernando Morales y otros profesores estaría motivada por fines políticos, según *El Tiempo*. A todo ello se sumaba un claro señalamiento: «El señor Manuel Usano, conocido comunista español, fue designado hace algunos días, director de los deportes en la Universidad Nacional. ¿Hacen falta explicaciones o comentarios?» («Renunció su cátedra» 1945, 1).

Pero tales elucubraciones no coincidían de manera clara con la realidad. La rectoría de Gerardo Molina, como la misma dirección de Pantoja en el instituto, pretendieron abrir las instituciones al país en vez de cerrarlas, evitando ese «espléndido aislamiento» por el que fue criticado el instituto en sus orígenes como lo reseñó Efraim Otero. Gerardo Molina promovió el aumento en la cobertura de la Universidad Nacional, lo que condujo a que la población universitaria creciera hasta el punto de

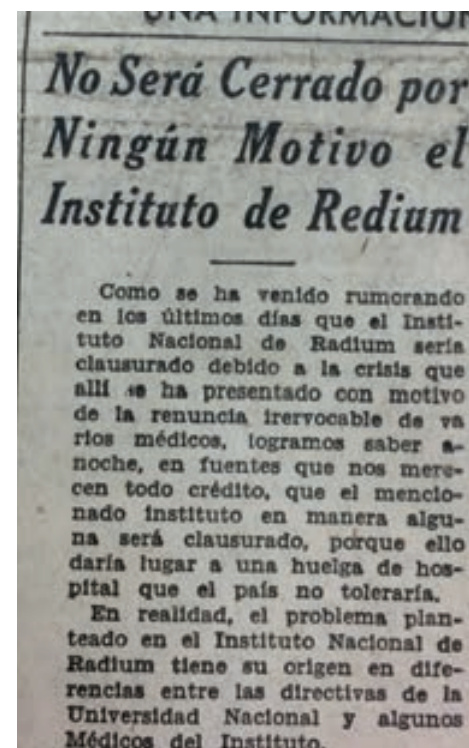
3 «Entrada» o «entradas», términos coloquiales que se utilizan para referirse a los emolumentos, ganancias, rentas o salarios de los que vivían las personas.

que promediando su rectoría (en 1946) contara con 3000 alumnos. Además, estableció una división tajante entre el mundo académico y la militancia partidista, ya que la selección del profesorado y del estudiantado debía regirse por criterios de méritos y de competitividad intelectual, cuyos niveles efectivos eran independientes de la ideología política. Por eso, en su primer informe de gestión, elaborado en 1945, Molina apuntaba que la mayoría de los docentes que integraban la institución eran de pertenencia conservadora; mientras que unidades tan importantes como el Consejo Directivo no incluían a ningún miembro socialista. Esto no solo refutaba las ideas expresadas por el diario *El Tiempo* y por algunos profesores y estudiantes de la universidad, sino que constituía una muestra del talante democrático del rector, al establecer para el gobierno universitario un grupo conformado por elementos políticamente heterogéneos, pero unidos por un fin común, que era la producción científica e intelectual (Molina 2001, 78-83).

Buena parte de las prevenciones hacia Pantoja, Molina y la Universidad Nacional estaban más fundadas en una construcción ideológica que en argumentos sustentados en hechos reales. Por ello, comenzando marzo de 1945, con la crisis del instituto aún presente, las propuestas de solución comenzaron a develar la importancia de llevar la discusión a terrenos más conceptuales y propositivos. El editorial de *El Tiempo* del 7 de marzo de ese año volvió a recoger la inconformidad por la salida de los médicos Brigard, Atalaya, Márquez, Llinás, Iregui, Flórez, Latorre, Ricaurte, Rueda Galvis, Meoz y Gonzalo Reyes, pero esta vez llamó a la universidad a un diálogo con estos galenos, así como a superar los personalismos y los intereses políticos. Si en algo acertó el editorial fue en la necesidad de encauzar el rumbo de la Universidad Nacional fortaleciendo el trabajo y la discusión científica y defendiendo la autonomía, sin desconocer el importante papel que debería cumplir el Ministerio de Educación.

La prensa desempeñó un papel crucial en la crisis del instituto y de la Universidad, creando noticias falsas o bien atizando las afirmaciones de los contendientes. Por ejemplo, el diario *El Tiempo* registró, el 14 de marzo, la supuesta renuncia al cargo

La prensa capitalina jugó un papel fundamental en el análisis de las dificultades del instituto. *El Tiempo*, febrero 10 y 11 de 1945.

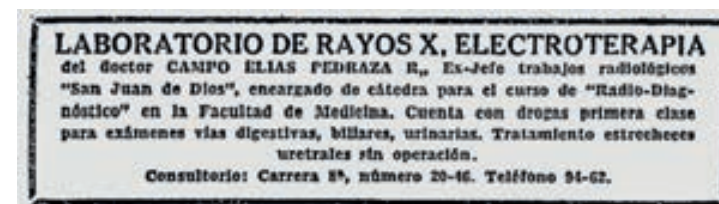


de director del INR del doctor César Augusto Pantoja ante el rector de la Universidad Nacional. Esto y la renuncia del doctor Brigard fueron los elementos que llevaron a ese diario a construir una interpretación politizada de lo que ocurría. Con base en información recogida supuestamente en el mismo INR, el rotativo afirmó que en la vacante existente en la dirección de Radioterapia sería incorporado un técnico ruso, llamado Maurice Lenz, que vivía en Medellín, quien había ofrecido sus servicios a la universidad y esta los había aceptado («Presentó renuncia ayer» 1945, 1). La noticia resultó ser falsa, pero teniendo en cuenta el clima de polarización ideológica en el ocaso de la Segunda Guerra Mundial, la referencia a la llegada de un ruso al instituto solo podría tener la intención de polarizar los ánimos, reintroducir el fantasma del comunismo, vinculándolo al liberalismo colombiano del Gobierno de López y del rector Molina, y atizar un clima de miedo en la opinión pública. El 15 de marzo, el rector Gerardo Molina envió una enérgica carta al periódico *El Tiempo* en la que desmentía el nombramiento de Lenz e informaba que, en efecto, Pantoja había ofrecido su cargo, pero la Universidad lo había ratificado, pues confiaba en él, y anunciaba que en reemplazo de Brigard se había convocado al doctor Roberto Restrepo, quien ya había aceptado («Una aclaración del señor rector» 1945, 3), y que, además, se nombraría al doctor Alfonso Esguerra como asesor técnico del INR («El profesor Esguerra será asesor», 1945, 3).

Ahora bien, mientras esto pasaba en el campo universitario, en el sector hospitalario los problemas se hacían cada vez más visibles. La organización hospitalaria nacional estaba en crisis, lo que hacía más agudo el debate en torno a las inversiones y decisiones sobre el INR. El jefe del Departamento de Asistencia Social del Ministerio del Trabajo, el doctor Luis E. Benavides,

había asistido a una reunión científica en Lima sobre administración y organización de hospitales, del 3 al 16 de diciembre de 1944, y a su regreso expresó ante la opinión pública que las deficiencias en el régimen hospitalario colombiano eran tan significativas que él mismo se estaba comenzando a convencer de que «no andan errados quienes, desde fuera, toman a Colombia como el país más propicio para estudios objetivos de historia hospitalaria colonial» («Nuestro sistema hospitalario» 1945, 7). El primer paso para la solución de este problema era la aprobación de un proyecto ya estudiado y validado por la Asociación Colombiana de Hospitales y la Comisión de Higiene y Asistencia Social de la Cámara de Representantes, para dar forma a un plan técnico y económico en materia hospitalaria que requería una fuerte inversión y que se podría apoyar con los recursos de una caja de seguro social obligatorio, asunto que todavía estaba en mora de ser establecido en el país. Pero un proyecto presentado en este sentido no había sido aprobado y la crisis financiera de los hospitales servía como un argumento más para mirar con recelo las prerrogativas que se le daban al instituto, según algunas opiniones.

A la situación hospitalaria se sumaba la creciente competencia privada en el campo de la salud. Los rayos X y los tratamientos de electroterapia estaban en auge en Bogotá dentro del



Aviso sobre rayos x, electroterapia particular, aparecido en el periódico *El Tiempo*, marzo de 1945.

campo de la práctica privada, lo que introducía una amenaza silenciosa para el potencial asistencial y el desarrollo financiero del instituto. La prensa registraba en marzo de 1945 la presencia en Bogotá, en la carrera 3 con calle 20, del laboratorio de rayos X y electroterapia del doctor Campo Elías Pedraza, exjefe de trabajos radiológicos del San Juan de Dios y encargado de la cátedra de Radiodiagnóstico en la Facultad de Medicina de la Nacional. También hacía presencia la Bausch & Lomb Optical Company, productora de microscopios, lentes y equipos para diagnóstico, y los consultorios de los doctores Carlos Arbolea Díaz y Alfonso Reyes, quienes ofrecían servicios de rayos X («Nuestro sistema hospitalario» 1945, 8).

En medio de este escenario complejo en términos políticos, universitarios y hospitalarios —y también periodísticos—, la defensa de los directivos de la universidad y del instituto, en cabeza de César Augusto Pantoja, salió a la luz pública revelando que más allá de los personalismos y partidismos, la crisis descansa básicamente en la resistencia a los intentos de ajuste e institucionalización del INR, los que incluso venían desde la dirección de José Vicente Huertas y que en su momento ya habían causado malestares. En declaración entregada a la prensa el 5 de marzo, Pantoja aclaraba:

El rector de la Universidad, Gerardo Molina, escribió una carta al diario *El Tiempo* desmintiendo la renuncia de Pantoja, director del INR. *El Tiempo*, marzo 15 de 1945.

El diario *El Tiempo* destacó la noticia del nombramiento de Alfonso Esguerra como asesor técnico del instituto. *El Tiempo*, marzo 15 de 1945.

...
Pedro P. Navarro,
Antonio Talero,
Agustín Martínez Perea,
Luis M. Méndez Pachón,
Arcadio García,
Vicente Leal,
Pedro A. Ramírez G.,
Alfredo Buesca Hernández,
Jesús M. González M.,
Hernando Tovar,
Luis Carlos Maldonado Cb.

**stituidos Ayer
Intervenir en la Política**

ctorio departamental liberal confe-
governador doctor Parmenio Cárde-
elegrama al alcalde de Ubaté.

liberal rectorio liberal, relaciones crecient, pues
usted sabe la estricta imparcialidad
n el se
que deben observar todas las autoridades
en, dice

**El Profesor Esguerra
Será Asesor en el
Instituto de Radium**

El doctor Alfonso Esguerra Gómez ha sido nombrado asesor técnico del Instituto Nacional de Radium, nombramiento con el cual se lleva al importante centro científico a uno de los más prominentes profesionales colombianos.

En efecto el doctor Esguerra Gómez es el único médico colombiano miembro del Instituto de Radium de París, laureado por la Academia de Medicina de París con el premio Chevallier. El doctor Esguerra es además inventor de la famosa pasta "Colombia" para el uso del radium conocida y aplicada universalmente, y es en la actualidad profesor titular de la Facultad de Medicina de nuestra Universidad Nacional.

El nombramiento del profesor Esguerra ha sido muy bien recibido en todos los círculos científicos y se considera que con su cooperación el Instituto de Radium queda en capacidad de continuar la trascendental obra de humanidad que viene adelantando desde su fundación.

Una Aclaración Del Señor Rector de la Universidad Nal.

En relación con las informaciones que publicamos ayer sobre la renuncia del doctor César Augusto Pantoja, del cargo de director del Instituto de Radium, en una breve carta que recibimos con el asunto, nos manifestamos que lo que él le había dicho al señor rector, era lo que se dice en los casos de emergencia, y es que "dejaba a las directivas universitarias en libertad de proveer el cargo que él ocupa, si las directivas así lo estiman".

Carta del doctor Molina.

Resuelve estos dos problemas, es decir la renuncia del doctor Pantoja, y la posible tralida del doctor Martínez Leal, nos dice el rector de la Universidad, doctor Gerardo Molina, lo siguiente:

Bogotá, marzo 14 de 1945.
Señor doctor Roberto García Peña
Director de EL TIEMPO. — L. C.

De la manera más sincera me permito solicitar la publicación de esta carta en el sitio en que aparece hoy una noticia relacionada con el Instituto Nacional de Radium.

En el caso que el doctor César Augusto Pantoja no ha renunciado la dirección del Instituto Nacional de Radium. Aunque en días pasados aquel distinguido médico quiso dejar en libertad a la Universidad para la provisión de ese cargo, la rectoría ha estimado que él debe continuar ahí, mientras exista, como cuenta hoy, con la confianza de las directivas universitarias.

Tampoco es cierto que la Universidad haya contratado los servicios de un técnico ruso con destino a ese Instituto. El profesional que se ha nombrado, y con cuya colaboración ya contamos, es el doctor Roberto Restrepo, ciudadano colombiano, domiciliado en Manizales, donde ejerce desde hace varios años su carrera con mucho brillo, y cuya preparación en lo relacionado con el cáncer es muy sólida, pues sus estudios en el exterior han versado sobre este punto y su larga práctica lo capacita para llenar debidamente el sitio que deja vacante el doctor Daniel Riguard.

Me agrada informarle al público por conducto de ese diario, que la Universidad también ha llamado al servicio activo a la primera autoridad colombiana en estas materias, que es el doctor Alfonso Esguerra Gómez, el cual ingresará al Instituto, como asesor técnico y director del curso de cancerología que se va a abrir allí, como resultado de la nueva organización implantada, la cual tiende a dotar al país de un equipo completo de profesionales expertos en la lucha contra el cáncer.

Con muchas, mi distinguido amigo, las informaciones desprovistas de todo fundamento que han aparecido en los últimos días en EL TIEMPO, relacionadas con la Universidad. Los hechos han demostrado que en este centro de estudios reina una situación de tranquilidad y de trabajo, no de desorden y de conflicto, como se quiso hacer aparecer, con fines que ya la opinión ha discernido.

Gerardo Molina, rector

**Nuevo Subdirector
de Secundaria es**

...
correr, Hans Klotz, profesor de Saint-Malo, profesor de Toulon—Orestes de Brestovren, Inapropiada curia de Adolfo Mejía, rector de Villa-Lobos.

El Doctor A Acep

Combate el siste
para autocandid

Directorio liberal de

Laurento vramente
liberal no haya sido
señor a propósito del
un perjuicio para
del liberalismo, y que
los deberes que le
corren en esta hora de
luchas hubieran pu
fuerzas y poner en
esta campaña electo
gimo si para vengo
unidad de realizar u
te a conseguir un
permite solicitar
y resaca para me
los de administrar
personal en forma
ciudad, preparación
problemas naciona
le al gobierno y a l
nades una eficaz
congreso. Desgraciad
clarar que los tran
partido en esa as
lados inferiores a
han considerado q
tablero en el cual
libertad de camb
a su antec
En podrá hacer
de personas, y d
50 no pertenecen
una crisis ligera
siente. Mañe a es
tra finalidad que

Directorio liberal de

Laurento vramente
liberal no haya sido
señor a propósito del
un perjuicio para
del liberalismo, y que
los deberes que le
corren en esta hora de
luchas hubieran pu
fuerzas y poner en
esta campaña electo
gimo si para vengo
unidad de realizar u
te a conseguir un
permite solicitar
y resaca para me
los de administrar
personal en forma
ciudad, preparación
problemas naciona
le al gobierno y a l
nades una eficaz
congreso. Desgraciad
clarar que los tran
partido en esa as
lados inferiores a
han considerado q
tablero en el cual
libertad de camb
a su antec

En podrá hacer
de personas, y d
50 no pertenecen
una crisis ligera
siente. Mañe a es
tra finalidad que

En podrá hacer
de personas, y d
50 no pertenecen
una crisis ligera
siente. Mañe a es
tra finalidad que

En podrá hacer
de personas, y d
50 no pertenecen
una crisis ligera
siente. Mañe a es
tra finalidad que

En podrá hacer
de personas, y d
50 no pertenecen
una crisis ligera
siente. Mañe a es
tra finalidad que

En podrá hacer
de personas, y d
50 no pertenecen
una crisis ligera
siente. Mañe a es
tra finalidad que

En podrá hacer
de personas, y d
50 no pertenecen
una crisis ligera
siente. Mañe a es
tra finalidad que

En podrá hacer
de personas, y d
50 no pertenecen
una crisis ligera
siente. Mañe a es
tra finalidad que

En podrá hacer
de personas, y d
50 no pertenecen
una crisis ligera
siente. Mañe a es
tra finalidad que

En podrá hacer
de personas, y d
50 no pertenecen
una crisis ligera
siente. Mañe a es
tra finalidad que

En podrá hacer
de personas, y d
50 no pertenecen
una crisis ligera
siente. Mañe a es
tra finalidad que

En podrá hacer
de personas, y d
50 no pertenecen
una crisis ligera
siente. Mañe a es
tra finalidad que

En podrá hacer
de personas, y d
50 no pertenecen
una crisis ligera
siente. Mañe a es
tra finalidad que



Análisis aparecido en el diario *El Tiempo* (marzo 7)
sobre la situación de la Facultad de Medicina de
la Universidad Nacional, asociada con la crisis del
Instituto Nacional de Radium en 1945.

1. Cuando el actual director se posesionó de su cargo, encontró un ambiente de descontento entre algunos miembros del personal técnico de la Institución con el anterior Consejo Directivo de la Universidad Nacional, originado por algunas medidas de organización propuestas a éste por el antiguo director, doctor José Vicente Huertas. («Qué pasa en la Universidad» 1945, 7)

En efecto, al llegar a la dirección, en 1944, Pantoja había estudiado la propuesta del director anterior y había redactado su propio proyecto reorganístico del instituto que contemplaba como funciones primordiales las de investigación, asistencia social y enseñanza. Tras un largo análisis realizado por el cuerpo técnico y por la comisión que había creado el Consejo Directivo de la universidad para este fin, el proyecto fue aprobado con algunas modificaciones. Sin embargo, pese a este proceso de consulta y análisis que tomó varios meses, algunos médicos al servicio del instituto, entre ellos uno de los cuatro jefes de sección, «presentaron renuncia de sus cargos, la cual no les fue aceptada. Como más tarde insistieron en ella, el consejo directivo de la Universidad se vio obligado a aceptársela y a nombrar sus reemplazos» («Qué pasa en la Universidad» 1945, 7). En su declaración, Pantoja lamentaba la renuncia de los médicos del instituto y les agradecía por sus servicios, ratificando ante la opinión pública que garantizaría la marcha eficiente y regular del organismo a su cargo.

Las declaraciones de Pantoja en la prensa correspondían a la realidad como lo evidencian las cartas y demás documentos que reposan en el Archivo Histórico de la Universidad Nacional, donde les pide a los renunciantes que no lleven adelante su decisión de abandonar su trabajo en el instituto y les señala lo

que puede esperarse en un futuro, gracias a la implantación de las reformas propuestas. Al mismo tiempo, entrelaza los problemas que se viven en ese momento con lo que viene del pasado: un año antes, las resistencias a los intentos de reorganización propuestos por el anterior director ya habían causado una crisis silenciosa en la institución con repercusiones tan drásticas como la renuncia del doctor Huertas. Esta habría sido la razón fundamental de su salida y no las que se describieron públicamente en 1944.

El parte de normalidad dado por Pantoja en sus declaraciones se confirmó el 8 de marzo de 1945 cuando el diario *El Tiempo* publicó una carta enviada por el doctor Carlos Márquez Villegas donde aclaraba que si bien la marcha del instituto no se había interrumpido, ello se debía a que justamente él seguía haciéndose cargo de los tratamientos de *radium*. En efecto, Márquez continuó al frente de estos tratamientos, a pesar de que los medios insinuaban que si había decidido quedarse era para apropiarse del puesto de Brigard. En realidad, él fue encargado de este importante servicio de *radiumterapia* por medio de la Resolución 102 del Consejo Directivo de la Universidad, sin que mediara la más mínima acción de su parte para ello. Al rector, al ministro de Educación y al director Pantoja, Márquez les habría expuesto las razones por las cuales no podía aceptar el nombramiento en propiedad, aunque lo asumía temporalmente para que no se alterara la marcha del instituto y, sobre todo, la atención de los pacientes. En un gesto de altruismo, dijo, refiriéndose a las razones que lo llevaban a mantenerse en su renuncia: «no puedo aceptar dicho cargo, y solamente permanezco prestando mis servicios por no perjudicar a los enfermos, única causa que me ha detenido en la Institución» («Carta del doctor Carlos Márquez» 1945, 7). Así, pese a haber renunciado

en tres ocasiones —el 10, el 15 y el 27 de marzo— se mantenía en el servicio de *radiumterapia* porque creía firmemente en el juramento hipocrático y, de ninguna manera, porque quisiera apoderarse de algún cargo.

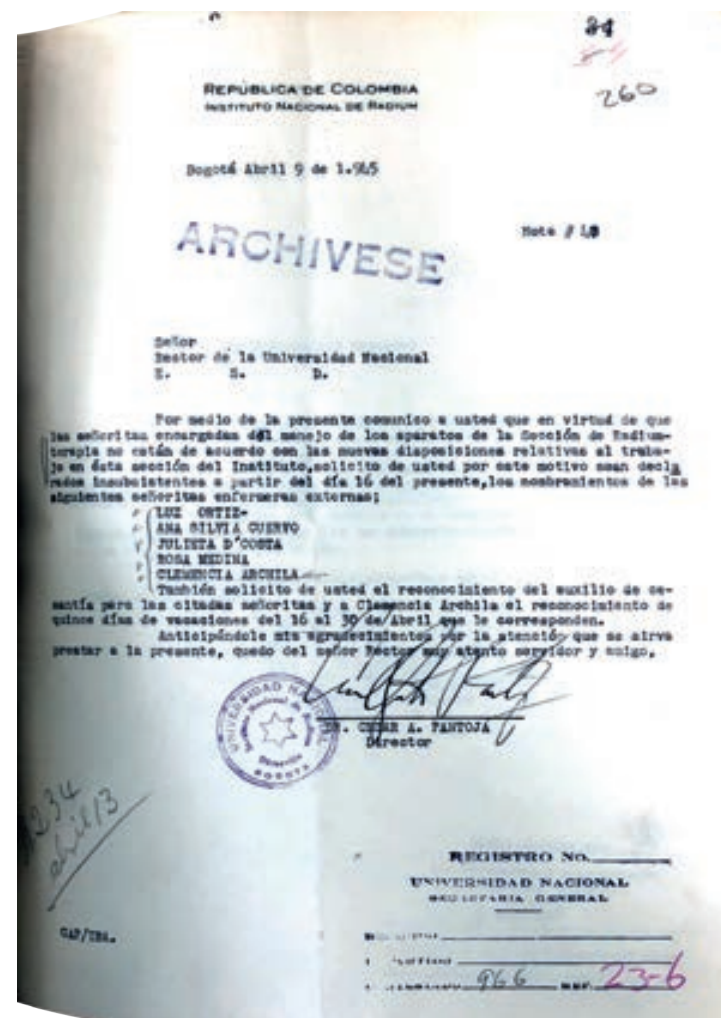
Otro personal no médico también tomó la decisión de renunciar, aunque todos los que lo hicieron planteaban que seguirían trabajando hasta que se nombraran sus remplazos. En el caso de las enfermeras, el 9 de abril de 1944, César Pantoja le solicitó al rector de la Universidad que fuesen declaradas insubsistentes cinco externas encargadas del manejo de los aparatos en la Sección de Radiumterapia: Luz Ortiz, Ana Silvia Cuervo, Julietta D'Costa, Rosa Medina y Clemencia Archila. Según Pantoja, ellas «no estaban de acuerdo con las nuevas disposiciones relativas al trabajo en esta sección del Instituto» (ACH-UNAL-SB 1945, f. 260). Otra parte del personal, dentro del cual estaban varios técnicos y funcionarios que habían sido tentados por la oferta de nuevos puestos en el sector privado, afirmaba que renunciaban en solidaridad con los médicos que se habían retirado del instituto. Algunos testigos de la crisis declararon que al parecer las Hermanas de la Caridad (afectas a Huertas por su relación con la curia) también renunciaron. Sin embargo, en los meses siguientes, una vez superada la tormenta, el síndico de la universidad celebró un nuevo contrato con ellas en medio de un clima de completa normalidad.

Los opositores de Pantoja no solo veían inconvenientes y problemas en los salarios y los tiempos laborales o en la adopción de una mayor carga hospitalaria, sino en la implementación efectiva de la triple función docente, investigativa y asistencial. Además, no estaban de acuerdo con algunos elementos organizativos y administrativos relacionados con el papel de la Universidad Nacional y su injerencia en el instituto, pues perci-

bían a Pantoja como cercano al presidente López y, también, al rector Molina, lo que lo convertía en un liberal-socialista, y, por ende, reactivaba la tensión bipartidista e ideológica en el instituto. A médicos como Brigard, Atalaya y Meoz se les ubicaba en el lado conservador del espectro político; mientras que a Llinás, Cubides, Rueda Vargas y Lleras García se los colocaba en la tendencia liberal. La otra idea incluida en el proyecto de Pantoja, la de abrir el instituto a todos los médicos del país, desarrollando cursos de cancerología para estudiantes y profesionales, conferencias en la academia y en las universidades, también fue recibida con malestar como si se tratase de una amenaza al monopolio que algunos ejercían sobre el novedoso y complejo campo del conocimiento del cáncer y de la aplicación de la *radiumterapia* en el país.

Algunos pacientes consultados por los periodistas de *El Tiempo*, sobre la crisis del instituto, como Manuel Lalinde, participaron decididamente en el debate defendiendo la institución, manifestando su agradecimiento por los tratamientos allí recibidos y exaltando el papel de los médicos fundadores. El ciudadano ecuatoriano Alfredo Donoso, tratado en el pasado en el instituto, envió al mismo periódico un reconocimiento a su labor: «Para terminar distinguido señor, el que suscribe es un ecuatoriano, una de las tantísimas personas que mucho deben al Instituto Nacional de Radium de Colombia, por haber encontrado la recuperación física en pos de la cual acudí a él» («Ambiente de malestar» 1945, 5). Donoso pedía, además, que se diera fin, en forma justa y equitativa a la crisis que atravesaba la institución.

Estos y otros pacientes se convirtieron en protagonistas con una gran capacidad de agencia durante la crisis, al enviar misivas donde expresaban su preocupación por la situación del INR y donde pedían que se lograra un acuerdo en el cual los médicos



Solicitud de nombramiento de cinco enfermeras para el manejo de aparatos de la Sección de Radiumterapia. ACH-UNAL-SB.

fundadores permanecieran en la institución. Y no era para menos, pues como producto de las renunciaciones de algunos especialistas, los pacientes temían que un nuevo personal sin experiencia viniera a aplicar la *radiumterapia* y pudieran «quemarlos», por lo que se mostraban dispuestos a ser operados, pero nunca irradiados (Garrido 2004).

El 7 de febrero, mientras la prensa informaba sobre la crisis en el instituto, doña Edelmira G. de Rincón, la madre de una niña atendida meses atrás, le escribió una carta a Gerardo Molina, rector de la universidad, para que él mismo impidiera la salida de los médicos del instituto:

Con muchísima pena me dirijo a usted para manifestarle lo siguiente: supe que los jefes del Instituto de Radium están abandonando así tan benéfica institución. Como yo y mi hija vivimos en un eterno agradecimiento con el instituto y con los médicos que tan sabiamente curaron a mi hijita de ese terrible mal que padecía y han seguido interesándose constantemente por su salud, me dirijo con todo el respeto a usted pidiéndole que haga cualquier cosa para que ellos desistan de marcharse. (ACH-UNAL-SB 1945a, ff. 321-322)⁴

Reconociéndolo como la primera autoridad en la universidad, y por ende en el instituto, le sugería al rector que dialogara con los médicos: «Yo creo que si ud. les habla y les hace reflexiones, les hace mucha fuerza y a los desgraciados que les aparece el cáncer nos haría un inmenso beneficio y lo recordaríamos siempre» (ACH-UNAL-SB 1945a, ff. 321-322). La significación del

instituto para esta madre, que se declaró como de pocos recursos, era sincera y de vida o muerte, como lo dejaba ver al terminar su comunicación:

Le pido señor doctor me haga el favor de excusarme por esta molestia pero ud. sabrá comprender la madre angustiada por la salud de su hija y con pocos recursos por si vuelve a aparecer el mal no tengo dinero para llevarla al exterior y tampoco la podré llevar al Instituto sin especialistas allá. Ese doctor es mi afán y mi angustia por favor ayúdeme. (ACH-UNAL-SB 1945a, ff. 321-322)

La señora de Rincón también le enviaba un mensaje a los médicos que estaban renunciando «haciéndoles esa súplica en nombre de todos los enfermos que han salvado, pero que están bajo su vigilancia pues uno no sabe a qué horas se le vuelve a presentar el mal y si ellos no lo tratan a prisa está uno perdido» (ACH-UNAL-SB 1945a, ff. 321-322). El 3 de mayo de 1945 otra mujer, madre de una paciente menor, le escribió al rector expresándole su malestar y preocupación por la poca experiencia de los nuevos médicos nombrados:

Señor rector, de nuevo me dirijo a usted para decirle lo doloroso que ha sido para mí y para los enfermos que han tenido la desgracia del cáncer al leer en la prensa que ya nombraron los otros médicos en el Instituto de Radium, usted tiene que comprender que escogieron los más inteligentes y competentes pero que no están especializados en esa enfermedad ni en los tratamientos y los únicos que van a sufrir con esto son los pobres enfermos. (ACH-UNAL-SB 1945b, f. 327)

4 En las citas que se incluyen en el cuerpo del texto se mantiene la redacción original.

aparecer el mal no tengo
na. Manda al exterior y también
die. Manda al Instituto y también
quiere ir allá. Este Doctor es
mi angustia, por favor ayúdame
me inscribo en el centro y...

...de marcharse tanto con una
...de esta escribiendo también a ellos
...esta suplica en nombre de
...los enfermos que han salvado

...que está bajo mi
...no sabe a que
...montar el mal y si
...esta una perdida.
...el que manda en
...el Instituto es dependi
...esto que si b. de
...suficientes los hace
...la desgracia que
...me he venido a
...y lo recordamos
...pudo ser. Doctor
...de transición pa
...si podría componer
...degraciada por la salud
...con pocos recursos

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BOGOTÁ
RECTORIA
BOGOTÁ
9 FEB 1945
Firma: Doctor
Con muchísima
...me dirijo a usted para
...lo siguiente: supe que
...del Instituto de Radium se
...abandonando su tan benefica
...Como yo y mi hija viviam
...estaba agradecimiento con el Insti
...con los médicos que tan sabramente
...hija de ese terrible mal
...y han seguido interesandose
...por su salud, me dirijo
...el asunto a usted pidiéndole
...que cualquier cosa para que ella

Carta dirigida al rector de la Universidad Nacional, Gerardo Molina, por doña Edelmira Rincón, madre de una niña enferma, ante el temor de la salida de los médicos del INR. ACH-UNAL-SB.

La presión ejercida por los pacientes era muy significativa. Esta mujer, por ejemplo, manifestaba que si nombraban un personal no preparado en el INR no estaba dispuesta a llevar a su hija a esta institución y prefería empobrecerse aún más para trasladarla a los Estados Unidos:

Por mi parte, rector, le diré, como en mi otra carta, que la vida de mi hija vale mucho y que por ningún motivo la llevaré al instituto para que empiecen a ensayar con ella, ya estoy haciendo las gestiones para llevarla a los Estados Unidos aunque después tenga que venir a pedir limosna, pero me la llevo y les diré que en mi país había un Instituto donde salvaron la vida a muchos pero que tengo que pedir a su país que me traten y salven a mi hija ahora, pues ya el Instituto no sirve, lo acabaron. (ACH-UNAL-SB 1945b, f. 327)

El mismo 3 de marzo se publicó una carta del señor Germán Alviar a Enrique Santos (Calibán) en el diario *El Tiempo*, manifestando su preocupación por la situación del instituto pero también revelando un aspecto muy interesante que ilustra sobre algunas de las prevenciones, así como sobre las opiniones positivas, que existían en torno al INR, en aquella época de la crisis que se viene narrando:

He llegado a Bogotá con el objeto de conseguir el internamiento y el tratamiento de mi madre, en el Instituto Nacional de Radium, venciendo, además de los inconvenientes económicos y ciertas resistencias de provincia, que desconfían de los servicios capitalinos, lo relativo al conflicto que últimamente se ha presentado entre los médicos del Instituto y las directivas de la Universidad Nacional. («Por el Instituto Nacional de Radium» 1945, 7)

Además de expresar las reticencias regionales frente a las instituciones bogotanas, el señor Alviar confirmaba que existía normalidad en el funcionamiento del INR, pues su madre había sido atendida el mismo día de su llegada a la capital, se le habían practicado los exámenes correspondientes y había sido hospitalizada en la Sala de Beneficencia del San Juan de Dios. Por ello, Alviar elogiaba al instituto resaltando el

Una de las decisiones más importantes que tomó Pantoja ante la crisis fue convocar al profesor Alfonso Esguerra Gómez en calidad de asesor técnico del INR.

servicio que prestaba al país la «grandiosa organización científica y técnica que es el Instituto Nacional de Radium [...] todos los colombianos estamos sirviéndonos a completa satisfacción del Instituto de Radium porque este en su actual organización atiende satisfactoriamente y dentro de sus recursos, desde luego, la enorme demanda de beneficencia y salud que se le hace» («Por el Instituto Nacional de Radium» 1945, 7). Además, se solidarizaba con las reivindicaciones de los funcionarios del instituto afirmando que tenían el derecho de exigir que se les pagara y se les dejara trabajar.

La posición de los pacientes y sus familiares frente a la crisis y al relevo del personal en el instituto pudo ser exagerada, pues buena parte de los nuevos médicos tenían suficiente conocimiento en este campo y, además, las renunciaciones no fueron inmediatas sino graduales, lo que le permitió a Pantoja atenuar el impacto de la situación. Lo que sí es interesante es que estas expresiones revelaban un profundo sentido de apropiación del instituto, expresaban su agradecimiento y su positiva valoración respecto de ese núcleo originario de médicos fundadores y pioneros que habían ganado una gran experiencia y que demostraban en la práctica un conocimiento en torno al tratamiento y manejo del cáncer. El drama de ser familiares de los pacientes o sobrevivientes directos, curados o reincidentes, desarrollaba un lazo que, además de su contenido emocional y afectivo, podría denominarse también como de valor público y cívico, frente a una institución de salud que privilegiaba la atención para los pobres, sin descuidar la de los pudientes, y que se esforzaba por cumplir su tarea en el marco de una perspectiva humanitaria.



El familiar de una paciente del INR, proveniente de Antioquia, escribió una carta al diario *El Tiempo* (marzo 3 de 1945) expresando su apoyo a la institución en el momento de la crisis.

LAS RESPUESTAS A LA CRISIS

Mientras la ciudadanía y los pacientes participaban activamente en el conflicto del instituto, César Pantoja enfrentaba el enorme reto de avanzar en los cambios propuestos en el Acuerdo 136 de 1944 y al mismo tiempo en las medidas para responder a las renunciaciones y los retiros del personal.

Con el propósito de superar con decisiones concretas la situación crítica que no amainaba, Pantoja le propuso al síndico de la universidad que podría implementarse una jornada continua para las enfermeras, tomando la experiencia del servicio dirigido por el doctor Iregui, en el que se introdujo esta modalidad de trabajo cuando un buen número de ellas había salido de vacaciones. También se propusieron varios nombramientos para remplazar al personal que había renunciado, pues llamar de nuevo a quienes habían salido supondría sacrificar el margen de acción de la dirección del instituto para introducir las transformaciones de fondo que se requerían. La respuesta de Pantoja fue rápida y enérgica, y supuso la selección, vía el Consejo Directivo de la Universidad Nacional, de un equipo científico de las más altas calidades para mantener viva la institución, pese a las bajas remuneraciones que se ofrecían. Si bien en sus inicios el INR se apoyó en un conjunto de directivos escogidos por su interés en el estudio del cáncer y las aplicaciones del *radium*, a partir de la administración de Pantoja esta selección comenzó a hacerse por medio de concursos realizados por la Facultad de Medicina, lo que garantizaba que primaran en este proceso criterios técnicos y científicos, más que personales.

Una de las decisiones más importantes que tomó Pantoja ante la crisis fue convocar al profesor Alfonso Esguerra Gómez —crítico de tiempo completo, como se pudo ver en el capítulo

anterior— en calidad de asesor técnico del INR. Una vez juntos, Pantoja y Esguerra llamaron al doctor Roberto Restrepo, que había adelantado su especialización en París y ejercía su profesión como oncólogo y radioterapeuta en una muy bien dotada clínica de su propiedad, en la ciudad de Manizales, desde 1930. El 14 de marzo de 1945, el matemático e ingeniero Otto de Greiff, secretario de la Universidad Nacional, le informó a Roberto Restrepo⁵ sobre su nombramiento como médico para prestar servicios técnicos en el Instituto de Radium, a lo que Restrepo respondió con un telegrama desde Manizales en los siguientes términos: «Agradezco honrosa designación y aunque económicamente implica para mí sacrificios, la acepto con ánimo de servir a esa institución» (ACH-UNAL-SB, 1945c, f. 584). Restrepo, animado también por razones familiares, se trasladó a Bogotá y ocupó diligentemente el cargo de jefe de los servicios de Curieterapia y Roentgenterapia, justo donde la crisis se reveló de manera dramática. Como señal de protesta frente a la situación que se vivía, el personal técnico y auxiliar había saboteado parte de los equipos del servicio, retirando algunas

5 Nació el 3 de febrero de 1897 y murió en Bogotá el 23 de mayo de 1956. Oncólogo, escritor, filólogo, miembro de la Academia Colombiana de la Lengua. En 1926 obtuvo el título de médico de la Universidad Nacional de Colombia; se especializó y profundizó sus estudios en la Universidad René Descartes de París; ganó por concurso la membresía del Instituto Tropical de Francia, regresando a establecerse en Manizales, donde su clínica era una de las más completas que se hayan visto en Colombia. Se hizo radiólogo al mismo tiempo que desarrollaba una campaña contra la tuberculosis. Restrepo, además, grabó en video los acontecimientos del «bogatazo» del 9 de abril de 1948 y su nieto Ricardo Restrepo los transformó recientemente en un documental conocido como *Cesó la horrible noche*.

de sus partes o desconectándolos. Ante ello, la respuesta de Restrepo fue traer desde Manizales sus propios equipos para ponerlos a disposición del instituto, los que donó en el momento de su retiro.

El doctor Roberto Restrepo desarrolló un compromiso integral con el INR, sobre todo después de la salida definitiva del doctor Carlos Márquez y, según su propio testimonio, lo hizo «en circunstancias impropicias [sic] por el ambiente que allí se había creado por la renuncia de distinguidos colegas» (ACH-UNAL-SB 1945d, f. 316). Según él, había gran cantidad de enfermos esperando turno para sus tratamientos desde hacía meses y debido a la renovación del personal subalterno tuvo que dedicar buena parte de su tiempo en adiestrarlo en el uso de la tecnología del *radium*. Sin embargo, la situación con los pacientes no era fácil. Restrepo da cuenta de la desconfianza surgida entre los enfermos hacia el personal recién contratado y hacia las limitaciones que en materia de equipos había dejado la crisis:

Entre el mismo personal de enfermos se había creado un ambiente de desconfianza hacia los tratamientos y las técnicas que iban a usarse, y hasta hube de ponerme en el trabajo delicado de nueva calibración de equipos, por no haber podido obtener los que el técnico pagado por la Universidad había hecho en los aparatos de radioterapia. Además hay un equipo de radioterapia dañado y el nuevo que se adquirió no se ha puesto en marcha hasta ahora. (ACH-UNAL-SB 1945d, f. 316)

Pero el empeño del doctor Roberto Restrepo fue superior a estas dificultades. A pesar de haber tenido que hacerse cargo del trabajo que antes desempeñaban cinco colegas suyos —los doctores Brigard, Iregui, Flórez, Márquez y Medina— logró en un mes la reorganización completa de los servicios, los puso al día y para mayo de 1945 no había ningún enfermo esperando turno para exámenes o tratamientos, según su versión. Además, elevó un llamado de urgencia a la universidad para que se pusiera en servicio el nuevo hospital anexo al instituto, con el fin de abrir lo más pronto posible una campaña de divulgación en la lucha contra el cáncer. Esta observación derivaba de haber presenciado el muy avanzado estado de la enfermedad en que estaban llegando los pacientes a solicitar el servicio. Afirmaba Restrepo que entre abril y mayo habían



Comunicación dirigida por la Universidad Nacional al doctor Roberto Restrepo, con una designación laboral para el INR, y su respuesta. ACH-UNAL-SB.

llegado unos 50 casos de cáncer uterino y solo dos de ellos se habían presentado oportunamente, de modo que las otras 48 mujeres estaban prácticamente desahuciadas.

La particularidad del instituto y el influjo de su homónimo de París le generó, desde sus primeros años, un lugar especial dentro de la Universidad Nacional.

La iniciativa de Restrepo no solo se justificaba, sino que apuntaba ya en esos años a un elemento muy valioso de la lucha contra el cáncer, la detección temprana: «Creo que este fenómeno puede corregirse en gran parte con una campaña que tienda a formar entre el mismo cuerpo médico lo que pudiéramos llamar “conciencia del cáncer” y en el público una noción clara de alerta contra las manifestaciones, fáciles de apreciar, en los cánceres más comunes» (ACH-UNAL-SB 1945d, f. 316). La respuesta del rector Gerardo Molina no se hizo esperar: no solo felicitó a Restrepo por su labor, sino que lo invitó a una reunión con el ministro de Trabajo y otros funcionarios para continuar impulsando la terminación del edificio que se estaba construyendo.

Con la presencia de esos tres destacados galenos, Alfonso Esguerra, Roberto Restrepo y César Pantoja, el instituto afrontó la crisis y tomó camino hacia una reestructuración que, si bien

recogía varios planteamientos de la propuesta que había dejado Huertas antes de renunciar, le daba la oportunidad a Esguerra para probar que él era en efecto uno de los pioneros y expertos de la *radiumterapia* y del manejo del cáncer, así como de la idea del instituto (Otero 1999, 111). En buena medida la reestructuración propuesta por Pantoja implicaba no solo abrir el instituto a la formación, la investigación y la divulgación científica, sino que le daba un mayor espacio a la medicina norteamericana, como estaba sucediendo en la formación médica nacional, siguiendo la tendencia de la época.⁶ En efecto, a partir de 1939, Jorge Cavelier, desde la decanatura de la Facultad de Medicina le fue abriendo paso al modelo flexneriano y a la medicina estadounidense en un proceso que le daría sentido a lo que el mismo Pantoja denominaba, en 1944, el desarrollo de una «moderna lucha anticancerosa» (Pantoja 1944, 435).

Al nuevo equipo de científicos y directivos del instituto se fueron uniendo otros destacados galenos como Rafael Carrizosa Argáez, formado en Hamburgo, donde logró trabajar en el Instituto de Patología y Cáncer. Entre 1933 y 1934 Carrizosa conoció en Alemania a los médicos Llinás y Brigard. Años después, las circunstancias de la Segunda Guerra Mundial obligaron a su familia, vinculada a la diplomacia, a regresar a Colombia. Aquí, Carrizosa consiguió un lugar en el Departamento de Medicina Interna de la Universidad Nacional, ubicación en la que estaba cuando fue convocado por Esguerra y Pantoja, en 1945, para trabajar como internista-oncólogo del INR, ante la ausencia de

6 No hay que olvidar que Pantoja se había especializado en cirugía durante los años 1939 y 1940 en la Universidad de Harvard y en el Massachusetts General Hospital, de Boston (Cáceres y Cuéllar-Montoya 1998, 158).

Brigard y de Atalaya (Otero 1999, 113). Otros médicos convocados por Pantoja fueron los doctores Alfonso Méndez Lemaitre, un cartagenero egresado de la Universidad Nacional, especializado en patología en Cincinnati (Ohio), Miguel Mariño, Samuel de la Pava y Francisco Martín.

Todos estos movimientos orientados a dar una respuesta a la crisis, no resolvían, sin embargo, algunos interrogantes planteados por los actores de esta coyuntura crítica. ¿Por qué una entidad que tenía una misión asistencial como el INR estaba incluida en el marco de una institución educativa como la Universidad Nacional? Si se trataba de una institución educativa, ¿por qué tanto la investigación como la docencia eran tan relativamente limitadas en los primeros diez años del INR? ¿Cómo garantizar la autonomía de una institución especializada en cáncer si dependía del presupuesto de la universidad, de las determinaciones de su consejo directivo y de las orientaciones del Ministerio de Educación? ¿Cuál era el rol del Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social, en relación con los temas de salud pública que también eran propios del instituto? ¿Los empleados del INR eran funcionarios de la universidad o del sector salud? ¿Cómo sostener una institución tan especializada y tan costosa en el contexto de un país periférico, con una economía dependiente y con una insuficiente estructura hospitalaria? Estos interrogantes no agotaban los problemas que estaban detrás de la crisis.

No obstante, la necesidad de responder estas preguntas, dar forma a una institucionalidad más organizada y, en suma, adoptar el formato de un hospital moderno generó tensiones que fueron aprovechadas de diversas maneras con motivo de la crisis. Para algunos médicos esta fue la ocasión para salir del instituto y proyectarse en el ámbito privado o en otros cargos

públicos de mayor relevancia. Para otros, dedicar parte de su tiempo al ejercicio de la profesión en una institución pública como el INR no era del todo incompatible con la práctica privada, aunque ello generaba necesariamente tensiones. En medio de estas dos posiciones podían emerger otro tipo de compromisos que no iban en contra de lo que en una época se llamó apostolado médico.

Para Esguerra esta crisis fue la posibilidad de reintegrarse al instituto y demostrar que seguía teniendo una centralidad en el campo del cáncer y la *radiumterapia* en Colombia. Para personas como Roberto Restrepo y una pléyade de médicos talentosos, significó la posibilidad de entrar y fortalecer este embrionario campo de la cancerología, más allá de los intereses salariales. Algunos —ciertamente muy pocos— usaron la crisis como otro escenario de la disputa liberal-conservadora, real o imaginaria, y otros —aún más pocos— vieron en esta coyuntura una buena oportunidad para continuar la satanización de las ideas socialistas e incubar el miedo al comunismo, a veces también imaginado, pero que era útil como cobertura de intereses personales o partidistas. Pero lo más importante de todo es que Gerardo Molina y César Pantoja vieron en esta coyuntura crítica la oportunidad de vencer el «espléndido aislamiento», del que tanto se había hablado, para abrir la institución —y la misma universidad—, organizándola, profundizando su labor asistencial y su labor docente, incentivando la investigación y la difusión del conocimiento de nivel superior en un sentido moderno.

Una hipótesis interesante para explicar este momento de crisis proviene del campo profesional de lo médico, la que podría calificarse de «internalista», para usar el lenguaje de una vieja y ya superada polémica que dividió a los especialistas en historia de las ciencias y la medicina a mediados del siglo xx.

Bogotá Junio 26 de 1.945

Nota #122

Señor
Síndico de la Universidad Nacional
E. S. D.

Atentamente pido a usted ordene si fuere posible el envío de más leche, ya que la que actualmente mandan no alcanza a abastecer el enorme número de enfermos hospitalizados.

Hasta la fecha han mandado 60 botellas diarias, la cantidad que se necesita es de 75 botellas.

Anticipándole mis agradecimientos por la atención que se sirva prestar a la presente, quedo de usted muy atentamente,



Bogotá, Julio 6 de 1.945

Señorita

SECRETARIA DEL INSTITUTO NACIONAL DE RADIUM

E. S. D.

En respuesta a su atento oficio No. 122 del 26 de Junio próximo pasado, en la cual me solicita sea aumentado el número de botellas de leche que diariamente se despachan para ese Instituto, me permito comunicar a usted que por el momento no es posible atender su petición, ya que, según informes del estable, debido al verano ha disminuido considerablemente la producción de leche.

En todo caso, he dado órdenes en la Facultad de Veterinaria para que cuando sea posible envíen al Instituto las 75 botellas de leche que usted solicita.

Sin otro particular, me repito como su atento, seguro servidor,


Guillermo González Botero
Síndico.

Comunicaciones entre la Universidad Nacional y el INR acerca de necesidades cotidianas del instituto. ACH-UNAL-SB.

Es la planteada por el doctor Julio Ospina, director del Instituto Nacional de Cancerología entre 1974 y 1986, para quien la crisis tuvo mucho que ver con el hecho de que la dirección de Pantoja «introdujo la cirugía, lo que convulsionó a los radioterapeutas, que se consideraban los fundadores del INR. No existía conciencia de un trabajo en equipo, que es lo que necesita el cáncer. Este director [Pantoja] salió adelante y logró combinar la cirugía con la radioterapia. Sin embargo, es innegable que la radioterapia quedó relegada y resentida» (Entrevista Julio Enrique Ospina 2019, 2).

A Pantoja le pudo ocurrir lo mismo que a López Pumarejo en sus dos Gobiernos. Los intentos de modernización en clave estatista y de intervención social se juzgaron como un socialismo casi demoniaco. Más allá de sus cercanías y sus diálogos con el movimiento obrero, con el Partido Comunista y con los incipientes socialismos en versión criolla, que no cuajaron, López intentó poner en marcha un Estado interventor que por esa época en Europa tomaba auge, lejos del socialismo ruso y de otras radicalidades: se trataba del fantasma del estado de bienestar, que se movía dentro del marco del capitalismo y por el capitalismo y que se imponía en los países centrales sin muchos obstáculos. No se trataba de nada revolucionario, ni extremista, pero eso parecía no entenderse en Colombia.

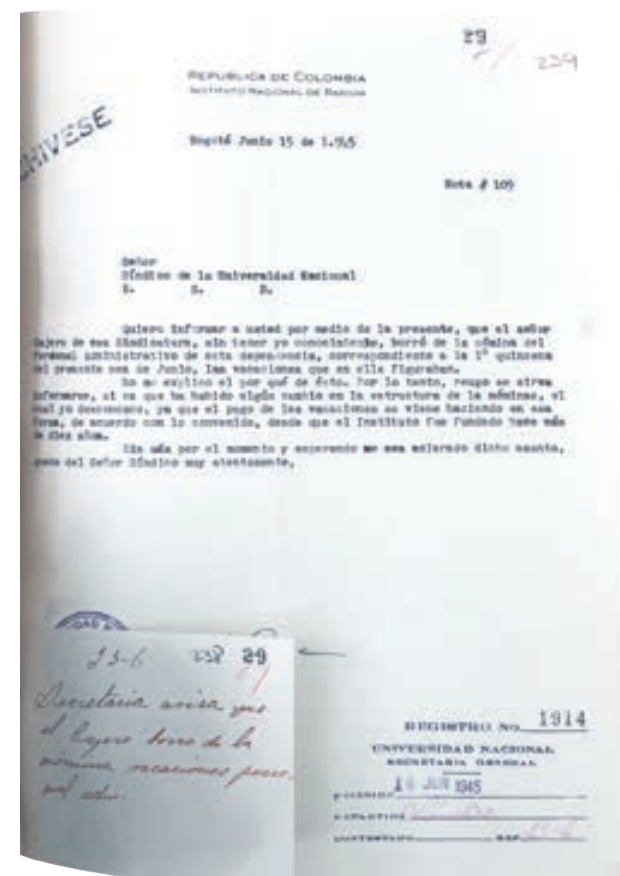
LAS PEQUEÑAS CRISIS COTIDIANAS

En los meses siguientes a la crisis, el instituto afrontó problemas menores de abastecimiento ligados a los vaivenes de la producción agropecuaria en el país, a las dificultades adminis-

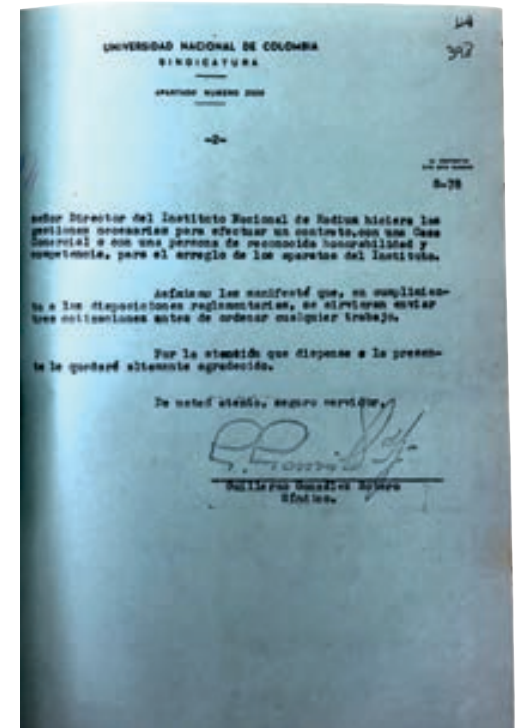
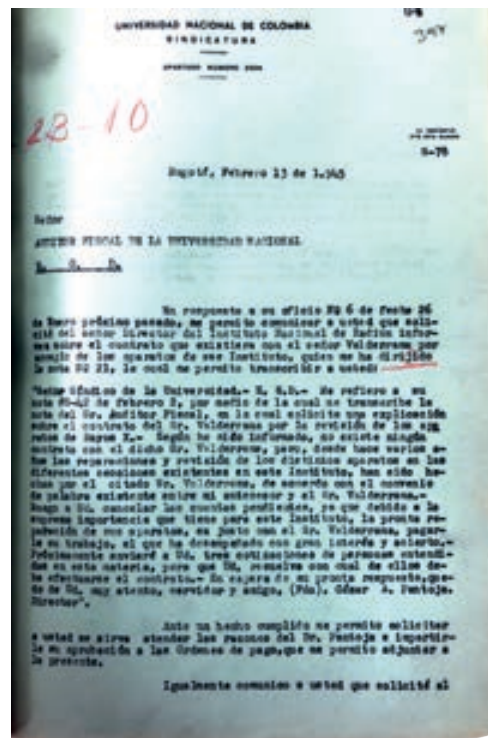
trativas de logística internas y externas y hasta a las derivadas de los comportamientos del clima. En junio, la secretaria del instituto, Isabel Borda Aza, le informó al síndico de la universidad sobre los problemas de abastecimiento de leche para alimentar al alto número de hospitalizados que estaban en el INR: «hasta la fecha han mandado 60 botellas diarias, la cantidad que se necesita es de 75 botellas» (ACH-UNAL-SB 1945e, f. 363). La respuesta del síndico señalaba que debido al verano el establo de la Facultad de Veterinaria de la Universidad Nacional no podía proveer la leche en las cantidades requeridas y señaladas por la secretaria. Por otra parte, el cajero de la Sindicatura de la universidad había borrado de la nómina correspondiente a la primera quincena de junio de 1945 el pago de las vacaciones del personal administrativo del Instituto de Radium. Este tipo de casos, que eran numerosos y frecuentes, daban lugar a tensiones administrativas, lo que parecía apenas normal en el manejo de una institución que estaba a medio camino entre la educación y la salud y entre la dependencia de la universidad y la deseable autonomía del INR.

Promediando 1945, el auditor de la universidad, Severiano Ortiz, informó al síndico de esta respecto de algunas irregularidades en los mercados del instituto que tenían que ver con el sobrecosto que se pagaba en algunos productos, como era el caso de la papa y otros alimentos básicos. En abril se había cuestionado por parte del síndico de la universidad a la secretaria del instituto por estar pagando el sueldo de los acólitos que acompañaban al capellán en sus labores religiosas bajo el rubro de gastos menores. También se registraban conflictos con el señor Francisco Valderrama, del Taller de Mecánica de Precisión, a quien no se le habían podido cubrir sus pagos por el mantenimiento⁷ y la reparación de los equipos del instituto; igualmente, había discrepancias con el jardinero Luis Suspes, que exigía que se le reconocieran las vacaciones de los años de 1942 a 1944, y con Hermidez Padilla, que pedía que se le pagara por una caldera que había entregado al instituto sin que hasta el momento se le abonara el precio.

7 Ya existía en Bogotá la Central de Rayos X y equipos electromédicos que prestaba sus servicios al Ministerio de Higiene y Previsión Social con Jorge Olivares como gerente y las casas extranjeras Westinghouse y Western Electric Company.



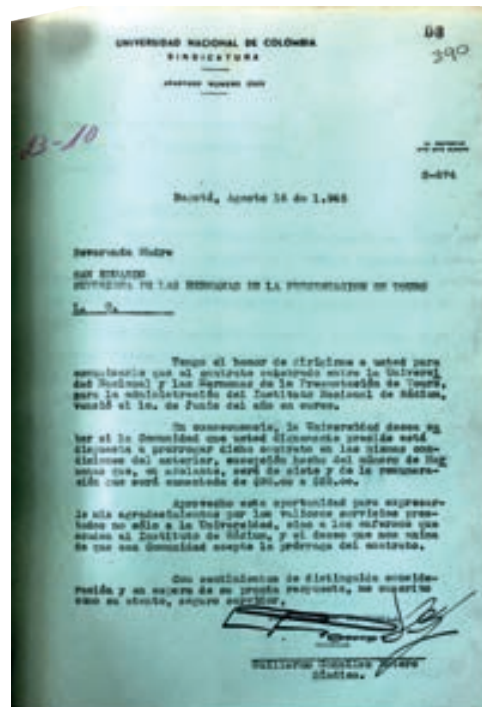
Comunicaciones como esta eran frecuentes para dar curso a peticiones administrativas en el Instituto Nacional de Radium. ACH-UNAL-SB.



204
INC

Arriba: comunicación entre el auditor general y el síndico de la Universidad Nacional acerca de asuntos administrativos en el día a día del INR, después de la crisis. ACH-UNAL-SB.

Abajo: correspondencia entre la Universidad Nacional y la superiora de las Hermanas de la Caridad, quienes prestaban servicios al Instituto Nacional de Radium. ACH-UNAL-SB.



Y, así sucesivamente, los minúsculos problemas cotidianos que tanto suelen pesar en el ánimo de los miembros de una institución, y hasta en el alma de esta, si se asume que las instituciones tienen alma.

Como la demanda por los servicios del instituto crecía sin parar, el director César Pantoja debió solicitar el 14 de junio de 1945 al rector de la universidad la creación de varios cargos que incluían una hermana de la Caridad, dos enfermeras internas, una para el servicio nocturno (a razón de 75 pesos mensuales) y la otra para el trabajo diurno (con 50 pesos mensuales como asignación). También pidió el nombramiento de una enfermera externa para el Departamento de Laboratorio, con el fin de reforzar la labor que adelantaba la señorita María Olarte Calderón. Igualmente, solicitó dos muchachas del servicio con una asignación de 10,88 pesos mensuales, y se esperaba la formalización del cargo de ayudante de la Sección de Estadística, desempeñado por el señor Rafael Rodríguez, así como la del sirviente de laboratorios, Sergio Antonio Guataquí (ACH-UNAL-SB 1945f, f. 254). Esta casuística, que podría parecer irrelevante, demuestra la ardua tarea que debía realizar el director para asegurar el funcionamiento en el día a día.

El reforzamiento del personal incluía una renovación del contrato con las Hermanas de la Presentación de Tours, que se vencía en junio de 1945. Se precisaba un acuerdo entre el síndico de la universidad, Guillermo González, y la «Reverenda Hermana San Eduardo, en el mundo Claire Guyard», en el que se establecía la inclusión de una nueva religiosa en el grupo de las que colaboraban en las labores asistenciales del INR y se pactaba un incremento en la remuneración de 20 a 25 pesos mensuales para todas ellas (ACH-UNAL-SB 1945g, ff. 393-394). Este nuevo contrato finalmente cobró forma en agosto de ese año. Dentro

de los gastos no incluidos en él, pero cubiertos por el instituto, estaba la financiación de los ejercicios espirituales que las Hermanas de la Caridad llevaban a cabo con las señoritas enfermeras externas por un valor de 50 pesos.

El complejo manejo del *radium*, sus peripecias y sus riesgos, no solo para la salud de los que lo manipulaban, hizo necesario determinar con precisión la cantidad de este material que estaba bajo la custodia de la institución. La medida era urgente, más aún si se tiene en cuenta que desde 1935 el doctor Daniel Brigard había solicitado infructuosamente asegurar el *radium*, sin éxito; en octubre de 1937, el mismo Brigard había informado sobre la pérdida de un tubo de 6,66 miligramos, sin que se pudiera establecer su paradero. Teniendo en cuenta estos antecedentes, en marzo de 1945 se llevó a cabo el inventario de las agujas, tubos y vainas que componían el *radium* elemento en presencia del síndico de la universidad, del auditor fiscal de la Contraloría, del mismo doctor Daniel Brigard y del director del instituto. El arqueo realizado evidenció, en efecto, la ausencia de un tubo de *radium* de 6,66 miligramos de los 29 que tenía el instituto y quedó claro que ese tubo había desaparecido en 1937, como lo había denunciado Brigard. Tras el inventario, se depositó todo el material en una caja fuerte destinada para tal fin, bajo la custodia del doctor César Augusto Pantoja, y se logró el amparo por las pólizas de seguro número 31828 y 22 de la Compañía Colombiana de Seguros. Una relación del material de *radium* a cargo del instituto en 1945 está en la tabla 17.

Sin embargo, en los meses siguientes se volvió a producir otra pérdida. Como había venido insistiendo durante diez años el doctor Daniel Brigard, «las desfavorables condiciones en las cuales se tiene que trabajar en los servicios destinados a pobres de solemnidad...» (ACH-UNAL-SB 1945h, f. 346) hacían que, pese a

Tabla 17.
Material con radium en el instituto, 1945

Tipo de material y cantidades
30 agujas
50 agujas de 1,33 miligramos
20 tubos marcados de 1 miligramo
50 tubos marcados de 2 miligramos
50 tubos de 3,33 miligramos
29 tubos de 6,66 miligramos
21 tubos de 13,33 miligramos
21 tubos de 6,66 miligramos
20 tubos de 100 miligramos
10 vainas o filtros de platino de 3,33 miligramos
20 vainas o filtros de platino de 2 miligramos
12 vainas o filtros de platino de 1 miligramo
12 vainas o filtros de platino de 6,66 miligramos
16 vainas o filtros de platino de 13,33 miligramos

Fuente: con base en el ACH-UNAL-SB, acta 6 de marzo de 1945, ff. 346-347.

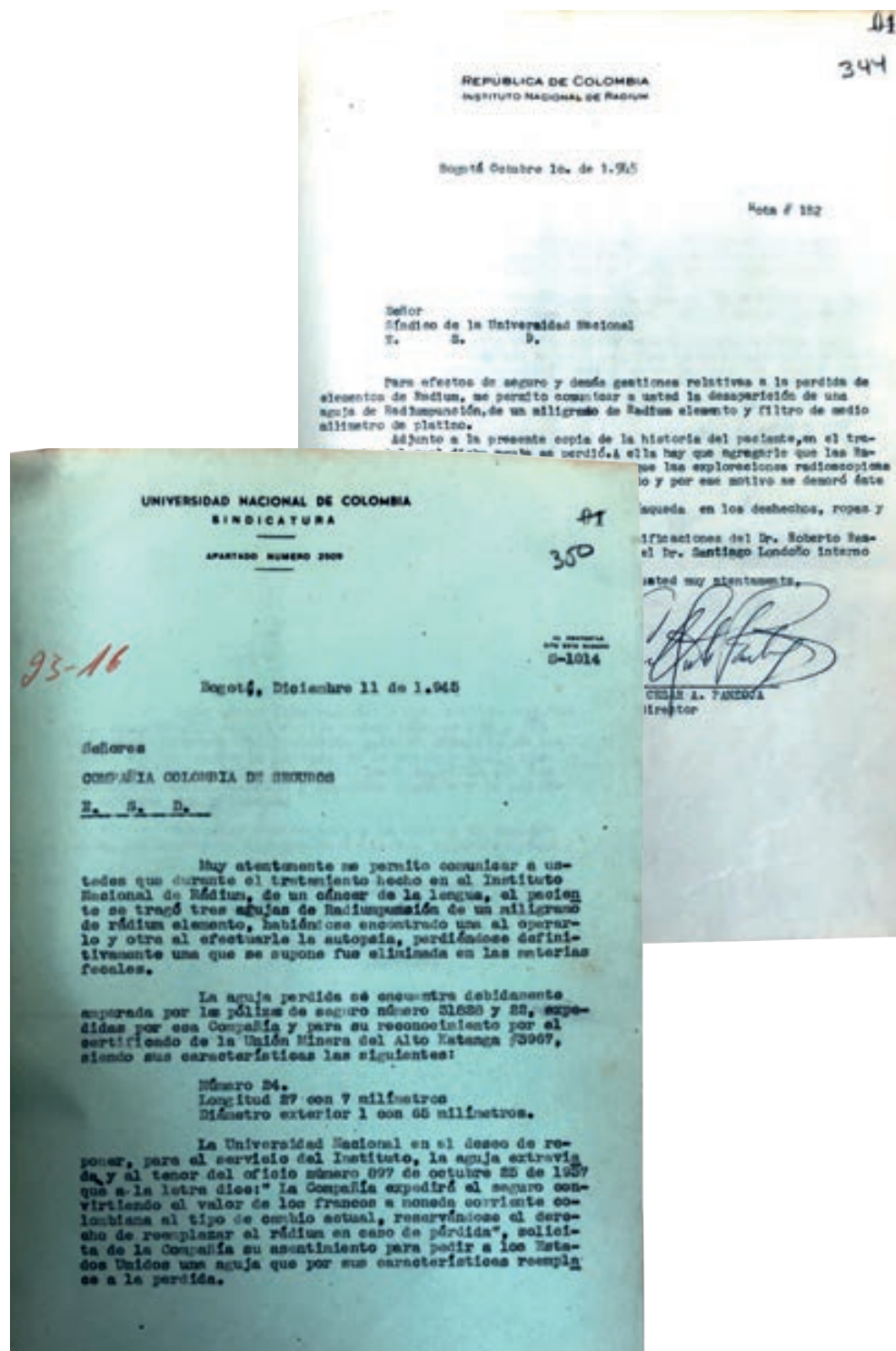
la vigilancia, fuese muy probable la pérdida de otros materiales de *radium*. Por otro lado, las técnicas de aplicación no siempre contribuían a la seguridad, de modo que en octubre del mismo año desapareció una aguja de un miligramo y un filtro de medio milímetro de platino durante el tratamiento realizado a un paciente con cáncer de lengua. Este, al parecer, se tragó inadvertidamente la aguja al reventarse el hilo que la sostenía. Al revisar la historia del paciente, sus deposiciones y sus ropas, realizar radiografías de las vías digestivas y exploraciones radioscópi-cas durante tres días, no se encontró el implemento perdido (ACH-UNAL-SB 1945i, f. 345).

Un nuevo episodio se presentó en diciembre de 1945, cuando otro paciente con cáncer de lengua se tragó tres agujas de radiumpunción de un miligramo. De las tres fue posible encontrar una al operarlo y «otra al efectuarle la autopsia...» (ACH-UNAL-SB 1945j, f. 350), pero la tercera no fue hallada, suponiéndose que fue eliminada en las materias fecales, por lo que se dio por perdi-da definitivamente, según informó el síndico del instituto, Gui-llermo González Botero. Con el fin de reparar la pérdida, Gonzá-lez acudió a la Compañía Colombiana de Seguros afirmando que la aguja estaba cubierta por las pólizas 31282 y 22 y para com-probarlo llevó el certificado de compra expedido por la Unión Mi-nera del Alto Katanga 3967. La solicitud del síndico iba en el sentido de que la aseguradora permitiera encargar a los Estados Unidos una aguja para remplazar la que se había extraviado.

Página siguiente: asuntos como la pérdida de tres agujas de radium-punción daban lugar a extensas cartas y trámites administrativos durante la dirección del doctor César Pantoja. ACH-UNAL-SB.

APRENDIZAJES

En el complejo proceso de construcción de instituciones en el marco del Estado colombiano durante la primera mitad del siglo xx es inevitable registrar la presencia de conflictos y tensiones superpuestas e inherentes a los procesos de modernización, en las cuales se revelan las fuerzas, los poderes, los intereses y las dinámicas propias de una sociedad que estaba tratando de construir la forma de una comunidad política moderna en un país signado por un complejo legado histórico interno y externo. El campo de la salud, pese a la pretensión de enfocarse en lo científico y aislar lo político, no pudo sustraerse a este clima general, de tal suerte que la crisis y las dificultades sufridas por el INR a solo diez años de su fundación no deben leerse en clave pesimista, y tampoco en la de la imperfección de lo público. Debe ser interpretada en el sentido de una victoria, de un aprendizaje para el futuro. Mientras otros hospitales e instituciones públicas sucumbían a este tipo de coyunturas, el instituto aprovechó la suya, de 1944 a 1945, para ajustarse y seguir adelante, sin desconocer la cruda realidad que lo rodeaba y lo determinaba en gran medida. Los juegos de poder impactaban no solo en el Estado y la sociedad civil, sino también en las instituciones de la educación y la salud. Lo importante era sobrevivir a esos juegos con la presencia permanente de los valores que encarnaba este instituto. En ese sentido, su gestión durante los años posteriores a la crisis señala los aciertos de una institución pública que logró fortalecerse y sobrevivir hasta hoy en día como un ejemplo de las virtudes de lo público. Como un legado histórico.





- Se publican los *Archivos del Instituto Nacional de Radium*, con nueve trabajos realizados en el instituto desde su fundación.

- Renuncia masiva al INR de los médicos de filiación conservadora, entre ellos Huertas, Brigard y Atalaya. Renuncia del equipo de enfermería y de las Hermanas de la Caridad. Huelga del personal y sabotaje a equipos de radioterapia.



Alberto Lleras Camargo

Presidente de la República
(agosto 1945 – agosto 1946)

1944

1941

- Se realiza la descripción de la primera serie de casos de cáncer de seno.



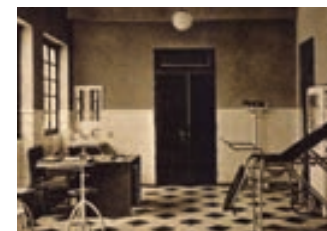
- El INR se posiciona como epicentro de la lucha contra el cáncer en Bogotá. Atiende un promedio de 1200 pacientes anuales, con un equipo de treinta personas.



Cesar Augusto Pantoja

Director del INR
(mayo 1944 – marzo 1951)

1945



- Se inician las cirugías oncológicas radicales de tiroides, cuello, seno y vías digestivas.

- Ley 81 de 1945, firmada por Alberto Lleras Camargo, por la cual se dota y perfecciona el Instituto Nacional de Radium y se crea la Asociación Colombiana de la Lucha contra el Cáncer.
- Primera campaña colombiana contra el cáncer en el marco de la Ley 81 de diciembre de 1945.



- El doctor Esguerra inicia las actividades de docencia, uno de los pilares del INR, con la dirección del primer curso libre de cancerología, que resultó exitoso.

- Se implementan las primeras técnicas para realizar el «pronóstico histopatológico de tumores de seno».
- Se crea una sección de investigación para el estudio de la físico-química del cáncer, biología y radiobiología, cultivo de tejidos y cáncer experimental.



- Se desmonta la «cúpula» por considerarse ya obsoleta y carente de radioprotección.



- Se inicia la construcción del que se denominaría «pabellón de pobres».



- El doctor Alfonso Esguerra se incorpora al INR en calidad de consultor técnico.



CAPÍTULO 5

Tiempo de definiciones: un nuevo nombre y un encuadre institucional definitivo, 1945-1957

EN MAYO DE 1945 SE CELEBRÓ EL FINAL DE LA SEGUNDA GUERRA MUNDIAL, un acontecimiento terrible para la humanidad, pero paradójicamente importante para la medicina moderna. Como resultado de la movilización de la ciencia y la tecnología para fines bélicos, en esta guerra se consolidaron conocimientos vitales en los campos de la cirugía, la salud pública y la farmacología, que impactaron positivamente en la lucha contra el cáncer. Las conferencias y los tratados de la posguerra, además de establecer responsabilidades y sanciones para los derrotados, prefiguraron la construcción de un nuevo orden mundial custodiado por el Sistema de las Naciones Unidas en cabeza de la ONU. En este escenario, los Estados Unidos se consolidaron como potencia geopolítica mundial indiscutible en medio de los vaivenes de un proceso que había arrancado en la Primera Guerra Mundial. Igualmente, su medicina se potenció y ejerció un influjo renovador en las medicinas de los países europeos y de otras regiones del mundo.

Hacia 1948 se inició la reconstrucción de Europa con el Plan Marshall, la que se vio acompañada por el desgarramiento de Alemania en dos Estados que habrían de simbolizar la polarización entre capitalismo y socialismo: la República Federal Alemana

El presidente John F. Kennedy, durante su visita a Berlín, en 1963, planteó públicamente los cimientos ideológicos de la Guerra Fría en Europa. Fotografía: Robert Knudsen. White House Photographs. John F. Kennedy Presidential Library and Museum, Boston.

(RFA o Alemania Occidental) y la República Democrática Alemana (RDA o Alemania Oriental). Estos acontecimientos fueron la punta del iceberg de dos procesos de fondo que determinaron en buena parte la historia de la segunda mitad del siglo xx. Por un lado, el auge del intervencionismo de Estado, vital no solo para rehacer la economía después del fracaso del liberalismo en la crisis de 1929 y curar las heridas que dejó la Gran Guerra de 1914, sino también de gran importancia para impulsar el estado de bienestar, sustento de lo que Eric Hobsbawm denominó *edad de oro del capitalismo* (1995). Por otra parte, la génesis de un mundo bipolar, definido por la competencia entre dos bloques: el oriental, compuesto por los países socialistas, encabezado por la Unión Soviética, y el occidental, integrado por los países del capitalismo del bienestar, liderado por los Estados Unidos. Estos dos bloques fueron los actores de la Guerra Fría, expresión acuñada en 1947 por el periodista norteamericano Walter Lippmann y empleada para designar esa configuración geopo-



Fotografía monocroma Muro de Berlín. Sf.
Creative Commons.

lítica dialéctica entre las grandes potencias. Pero la expresión solo daba cuenta de una dimensión de este proceso: la de la confrontación retórica, económica, política, científica y propagandística, pues dejaba en la sombra la acción propiamente bélica que se preparaba y se atizaba en medio del terror generalizado que ganaba espacio debido al armamentismo y a la posibilidad de una guerra nuclear. Otra dimensión importante se mantenía en la sombra o se manejaba como si perteneciera a otro planeta, a pesar de su evidente presencia: eran los múltiples conflic-



El Plan Marshall ayuda a Alemania Occidental,
ca. 1949. National Archives Catalog. Wikimedia Commons.

tos armados que se regaron como pólvora en el llamado tercer mundo y que tenían la marca de la liberación del colonialismo y del neocolonialismo. De tal manera que había una Guerra Fría entre los gobiernos de la Unión Soviética y sus aliados, por un lado, y los Estados Unidos y sus aliados, por otro; y una guerra «caliente» en los países que habían sufrido el colonialismo, la cual se leía desde el primer mundo como derivada del atraso, la sobrevivencia de las rivalidades tribales y los caprichos y ambiciones de los líderes que las comandaban, algunos de los cuales habían sido puestos allí por los propios países colonialistas.

América Latina no estuvo al margen de estos procesos. En el contexto de la bipolaridad mundial, la lucha contra el comunismo abanderada por los Estados Unidos llegó a la región para intentar sofocar los brotes de revolución social que buscaban superar la herencia de los colonialismos y las formas sociales premodernas en que se debatían los países del subcontinente. La emergencia de dictaduras, el auge del populismo y el cierre de la democracia en buena parte de estos países constituyeron una realidad geopolítica que influía en la construcción de instituciones estatales y en el desarrollo de las economías latinoamericanas, entre extractivas y agropecuarias, y que se debatían en una industrialización incipiente, con algunas excepciones. En Colombia, entre tanto, los años de la segunda posguerra mundial coincidieron con el fin de la República liberal y el retorno del conservatismo al poder después de dieciséis años de estar en la oposición. En aquel tiempo, la ruta seguida por el país no fue la del peronismo argentino o la de las dictaduras autoritarias de Venezuela, Paraguay o Nicaragua, pues acá se mantuvo un bipartidismo tenso y problemático que derivó en la Violencia de 1948-1953. En medio de esta difícil situación, continuó el esfuerzo de institucionalización del Estado colom-



biano, la lenta maduración de una economía industrial y los intentos de solución de la cuestión social, ámbito en el que la juventud universitaria desempeñaba un papel muy importante en el continente desde los tiempos de la reforma universitaria de Córdoba (Argentina) en el segundo decenio del siglo xx. En ese complejo contexto nacional, regional y mundial, y en el marco de nuevas transformaciones en el campo de la medicina del cáncer y de la enseñanza médica, el Instituto Nacional de Radium seguía su camino de consolidación potenciando la asistencia, ampliando su labor divulgativa y científica, fortaleciendo su institucionalidad y definiendo su encuadre dentro del Estado colombiano.

Tabla 18. Ingresos por cuenta de atención entre abril y noviembre de 1945

Mes	Ingresos
9 al 14 de abril	741
16 al 21 de abril	1138
23 al 30 de abril	662
1º. al 15 de mayo	1857
16 al 31 de mayo	3067
1º. al 28 de junio	2916
Julio	5172
Agosto	4409
Noviembre	3407

Fuente: construida con base en la información de correspondencia del ACH-UNAL-SB.

LA ASISTENCIA, LA DIVULGACIÓN Y LA PRODUCCIÓN NORMATIVA

Los resultados del proyecto de reorganización propuesto por el director César Augusto Pantoja y que tanto malestar generó en 1944 y 1945 se fueron apreciando rápidamente. La expansión de la labor asistencial se sustentó, entre otras razones, en un aumento considerable de solicitudes de atención a funcionarios públicos de los ministerios de Economía, Correos, Obras Públicas, Trabajo e Higiene y de Guerra. Así, para abril de 1945 se registraban ingresos por concepto de atenciones a funcionarios y particulares por 741 pesos, correspondientes a los días 9 a 14 de ese mes, y por 1138 pesos para al periodo del 16 al 25 de abril (ACH-UNAL-SB 1945k, f. 489). En la tabla 18 se da cuenta de los ingresos percibidos en el instituto por los servicios prestados a funcionarios públicos, en los meses de abril a noviembre de 1945, con un vacío para septiembre y octubre.

Dentro de estos ingresos se puede mencionar la cuenta pagada por la Tesorería General de la República, correspondiente a la orden de pago del Ministerio de Guerra número 36/369, para cubrir los costos de la hospitalización y el tratamiento del coronel Leonidas Moreno Díaz, nombrado en 1944 por Gustavo Soto Franco, alcalde de Cúcuta, como director de la Policía de ese municipio.¹ El costo de todos los servicios prestados al sector público oscilaba entre los 75 y los 620 pesos por paciente (ACH-UNAL-SB 1945l, f. 500), una cifra nada despreciable frente las necesidades de financiación que tenía el INR.

Además de la ampliación de la atención y de los ingresos del instituto, el plan de Pantoja contribuyó a renovar la planta médica, así como al desarrollo de las publicaciones y la docencia, actividades que adquirieron una dinámica importante. En ese contexto de cambio, en agosto de 1945 fue nombrado Luis María Borrero como interno del instituto, y en octubre renunció el doctor Francisco Bustillo a su cargo de interno para ser remplazado por Leonidas Carlier. Al mismo tiempo, se nombró a Ernesto

¹ El coronel Moreno era ampliamente conocido en la ciudad de Cúcuta, toda vez que estuvo al frente del Batallón Santander como su comandante durante un tiempo significativamente largo.

Andrade Valderrama como médico de la consulta de proctología, cargo creado por el Acuerdo 96 de 1945, con una asignación mensual de sesenta pesos. Valderrama ejerció un papel relevante en el instituto en los años siguientes. También lo hizo en el plano nacional, en los dominios de la cirugía, la proctología y la historia de la medicina.

América Latina no estuvo al margen de los procesos de la Guerra Fría. En el contexto de la bipolaridad mundial, la lucha contra el comunismo llegó a la región para intentar sofocar los brotes de revolución social.

En 1945 ingresaron al instituto dos internos de la Universidad Nacional de Colombia que se convirtieron en profesionales destacados. El primero fue Agustín Pachón Ortiz, quien con los años se enfocó en la cirugía oncológica, y el segundo fue Mario Gaitán Yanguas, quien desde su pregrado había mostrado gran interés por el estudio de la física médica y el *radium*, lo que lo hizo merecedor del apoyo de Alfonso Esguerra. Gaitán comenzó a entrenarse en *radiumterapia* de la mano de Roberto Restrepo, al que sucedió en el cargo de jefe de esta sección en 1949. Mario Gaitán Yanguas ocupó la jefatura de dicha sección

científica, hasta el momento de ser nombrado director del instituto, en 1957. Las contribuciones de Restrepo y Gaitán Yanguas permitieron incorporar nuevos procedimientos en el manejo de las radiaciones, como privilegiar el uso de los rayos X superficiales en lugar de los tratamientos con *radium* superficial, lo que llevó al desuso de la pasta Colombia. Adicionalmente, como lo relata Otero: «se establecieron sistemas de cálculo de dosis de rayos X a nivel de la piel y zonas tumorales, se estandarizó el uso de las llamadas “curvas de isodosis”; se adoptó el sistema de Manchester para el cálculo de las dosis de radium intracavitario y se adquirió un nuevo equipo de *roentgenterapia* de 250 kev (superior a los anteriores de solo 180 kev)» (Otero 1999, 114).

En 1946 y 1947 se vincularon al instituto Juan Jacobo Muñoz, médico payanés egresado de la Universidad Nacional y especializado en cirugía general y oncológica en Nueva York y Londres, así como el entonces internista Alberto Vejarano Laverde, también graduado en la Universidad Nacional. Ellos reforzaron el trabajo de Alfonso Méndez y Egon Lichtemberger, a quienes Pantoja les asignó la responsabilidad de transformar la anatomía patológica de origen francés en la línea de la patología de sello anglosajón. Hay que recordar que Lichtemberger se graduó en la Universidad Nacional en 1947, se especializó en la Universidad de Durham en Newcastle upon Tyne (Inglaterra) y, posteriormente, se dirigió a los Estados Unidos, donde trabajó en el Mount Sinai Hospital.

Por aquellos años es posible considerar a Haroldo Calvo Núñez en Cartagena, Alfredo Correa Henao en Medellín, Augusto Gast Galvis en Bucaramanga y Manuel Sánchez Herrera, Alfonso Méndez Lemaitre y Egon Lichtemberger en Bogotá como los pioneros en Colombia de una corriente norteamericana para la formación de especialistas en anatomía patológica.



Egon Lichtemberger, uno de los pioneros en Colombia de la aplicación de la corriente norteamericana en la formación de especialistas en anatomía patológica.

Como recuerda Efraim Otero, el papel del profesor Alfredo Correa Henao, en Medellín, fue fundamental para un giro temprano y claro hacia la escuela norteamericana, en contraste con Bogotá, donde la propia creación del instituto había mantenido en tablas —para usar esta metáfora tomada del ajedrez— la polarización entre estas dos escuelas. En el caso capitalino, los doctores Brigard, Méndez y Lichtemberger impulsaron este giro norteamericano que ya era inevitable. Lo cierto es que la perspectiva anglosajona se orientaba hacia una anatomía y una patología dotadas de mayor científicidad, objetividad y rigor estadístico, a lo cual contribuía la incorporación de elementos de bacteriología, patología experimental y estudios bioquímicos *in vivo* e *in vitro* que ponían la anatomía en la vía del acceso a la alteración funcional. En el ámbito internacional, este cambio de perspectiva estaba sustentado por «los trabajos de los primeros neurofisiólogos, endocrinólogos y oncólogos experimentales —como lo fueron Cushing, Cannon, Sherrington, Loeb y Rous a comienzos del siglo— y los primeros intentos de cultivo de tejidos, iniciados por Carrel» (Otero 1999, 119).

Estas transformaciones en la orientación de la anatomía patológica en el instituto estuvieron acompañadas por la producción de nuevas publicaciones. En septiembre de 1945, Pantoja le comunicó al síndico de la universidad la idea de publicar un boletín que incluyera tres conferencias dictadas en el INR con el objeto de ilustrar al público lego sobre la importancia de acudir prontamente a los servicios de esta institución una vez se identificaran síntomas que permitieran pensar en la presencia del cáncer. Para Pantoja el boletín formaba parte «de la enseñanza popular cuyas funciones nos competen» (ACH-UNAL-SB 1945m, f. 377). En diciembre del mismo año, Pantoja solicitó a la sindicatura de la universidad la aprobación de otra publicación, esta vez se trataba del folleto titulado: *Cómo se organiza una campaña contra el cáncer*, del profesor Claude Regaud, que había sido enviada a la Editorial ABC, y que se encontraba ya en impresión con un costo de 220 pesos (ACH-UNAL-SB 1945n, f. 374). Pese a que el folleto era de 1928, Pantoja consideraba vigentes sus planteamientos para el país. Buena parte de la financiación de estas publicaciones provenía de los recursos obtenidos por las inscripciones al Curso de Cancerología desarrollado en junio de 1945 que reportaban un ingreso de 690 pesos, aproximadamente, con tarifas de 20 pesos para los médicos graduados y 10 para los alumnos de sexto año de medicina.



Otro frente de trabajo del director Pantoja por aquel tiempo fue su esfuerzo por incidir en los procesos de producción normativa por parte del Congreso de la República, específicamente en lo relacionado con la sostenibilidad presupuestal del instituto y la lucha contra el cáncer, esfuerzo que no fue sencillo debido a la inestabilidad política y social que vivía el país. Es preciso recordar que el 31 de julio de 1945, el Congreso aceptó la dimisión de Alfonso López Pumarejo de su segundo mandato presidencial. En su lugar, Alberto Lleras Camargo asumió la conducción del Estado mientras las nuevas elecciones determinaban quién iba a ser el siguiente presidente electo por voto popular. Ya bajo el Gobierno encargado de Lleras Camargo, en

Charles Scott Sherrington, neurofisiólogo inglés, uno de los médicos que tendía hacia una anatomía y una patología dotadas de mayor científicidad, objetividad y rigor estadístico. Sf. Autor desconocido. Creative Commons.

diciembre de 1945, y gracias a la gestión de Pantoja, el Congreso comenzó a discutir la Ley 81 de ese año por la cual se dotaba y perfeccionaba el INR y se creaba la Asociación Colombiana de la Lucha contra el Cáncer. Esta iniciativa buscaba consolidar el funcionamiento del INR en tres dimensiones: mejorar su infraestructura y fortalecer su dotación, emprender en firme la lucha contra el cáncer en Colombia, en cabeza del instituto, y desarrollar capacidades para la investigación.

El proyecto de ley contemplaba la destinación de un presupuesto de 200 000 pesos de la próxima vigencia presupuestal para la dotación del edificio destinado a los pobres de solemnidad, así como de 100 000 pesos anuales de las diez vigencias siguientes para la expansión de los laboratorios y otros servicios. A fin de obtener estos recursos se facultaba al Gobierno para solicitar los créditos extraordinarios que se necesitaran y a la Universidad Nacional para conformar una comisión especial de tres miembros, dos por la Academia Nacional de Medicina y uno por el instituto. Esta comisión debía viajar al exterior para estudiar las campañas contra el cáncer que se adelantaban en otros países. Finalmente, en materia de investigación, la ley determinaba la creación de una sección de investigaciones anexa al instituto que estaría dedicada al estudio fisicoquímico, biológico y radiobiológico del cáncer, así como al cultivo de tejidos y a la experimentación. La reglamentación y la financiación de esta sección recaerían en la Universidad Nacional de Colombia.

El Proyecto de Ley 81 de 1945 superó los debates en el Legislativo, pero no contó con la sanción presidencial debido a las circunstancias que enfrentaba el Gobierno encargado de Lleras Camargo, a las tensiones que conllevaba el retorno de los gobiernos conservadores y a la violencia sociopolítica que se

incrementaba en el país en esos momentos. Antes de finalizar 1945, el Consejo Directivo de la Universidad Nacional le solicitó al presidente (e) Alberto Lleras la sanción ejecutiva para la ley aduciendo el aumento extraordinario en el número de pacientes que acudían al instituto (Colombia, Congreso de la República 1945). Pero nada de esto prosperó.

LOS SUSTENTOS DE UN MODERNO SISTEMA DE SALUD

Si bien el instituto vio aplazada la aprobación de la Ley 81 en el ocaso de los gobiernos liberales, durante el Gobierno del conservador Mariano Ospina Pérez se adelantaron dos procesos fundamentales para la institucionalización de la salud en Colombia que tuvieron efectos importantes en la década siguiente sobre el instituto. El primero de ellos fue la creación del Ministerio de Higiene y el segundo fue la conformación de la Seguridad Social. En 1945, la reforma constitucional propuesta en los estertores del segundo Gobierno de López fue una gran oportunidad para darle más autonomía al tratamiento de los problemas de la higiene, hasta entonces vinculados al Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social. Como producto de un arduo debate entre técnicos, médicos y políticos, el Gobierno de López expidió el Decreto Presidencial 1375 del 7 de junio de 1945, que creaba el Departamento de Salubridad Pública y nombraba como director al doctor Jorge Bejarano (Quevedo et al. 2004, 320). No obstante, la vía expedita del estado de sitio tomada por el Ejecutivo para ello ocasionó una demanda de inconstitucionalidad por falta de conexidad, lo que tumbó la ini-

ciativa. En el fondo, no solo pesaban consideraciones de orden técnico, sino que en ese momento cumplía un papel la dinámica política radicalizada entre el gobierno liberal y una oposición conservadora beligerante, a lo que se sumaban las disputas entre el poder central y las regiones.

Lo interesante es que el fracaso del Departamento de Salubridad Pública allanó el camino para la creación del Ministerio de Higiene, y de ese modo recogió los esfuerzos de Eduardo Santos y las propuestas de las conferencias panamericanas y de la Oficina Sanitaria Panamericana, para que los países contaran con una instancia estatal independiente y específica; esfuerzos que se habían expresado en la Conferencia de Lima (1927) y se habían ratificado en la de Bogotá (1938) (Organización Panamericana de la Salud 2002, 102). La discusión de la propuesta presentada por el Gobierno para alcanzar este propósito estuvo rodeada, una vez más, por pugnas entre lo político y lo técnico. Para los médicos era indispensable que la nueva institución gozara de independencia frente a los poderes políticos tradicionales y del mismo Ejecutivo, pues reclamaban para sí el monopolio de un saber dotado de cientificidad y de imparcialidad. Para los políticos, una cartera como la de Higiene no debía escapar a la realidad de las determinaciones políticas. Cada postura conllevaba, entonces, una forma institucional distinta: Departamento Administrativo para los primeros, Ministerio para los segundos. Pero la discusión se decantó por la segunda opción, de modo que por medio de la Ley 27 de 1946 se creó el Ministerio de Higiene, lo que dibujó una particular trayectoria en el proceso de modernización del Estado colombiano en el campo de la salud que, aunque intentaba deslindarse de las formas asistenciales del pasado, como la beneficencia y la caridad, no lo lograba completamente. Así fue como el Ministerio de Higi-

ne contribuyó a una intervención estatal moderada (Hernández 2002) y creó un marco muy conveniente para el INR.

El otro desarrollo institucional importante en el campo de la salud en Colombia lo determinó la creación de la Seguridad Social, con el Instituto Colombiano de Seguros Sociales como insignia, proceso que se había iniciado durante el segundo Gobierno de López y se sancionó en el Gobierno del conservador Ospina Pérez. Tras la radicación el 21 de julio de 1945 del pro-



Otto von Bismarck fue creador del seguro social obligatorio en Alemania, en 1883. Pintura: *Portrait of Otto von Bismarck*, Franz von Lenbach, 1870, óleo sobre lienzo. Wikipedia Commons.

yecto de ley que se convirtió luego en la Ley 90 de 1946, por acción del ministro del Trabajo, Adán Arriaga Andrade, se inició una ardua discusión en el Congreso sobre la viabilidad del Seguro Social Obligatorio en el país. La iniciativa del Gobierno intentaba hacer una transición entre el sistema patronal, que regía la dinámica de las prestaciones sociales hasta el momento, y un nuevo tipo de aseguramiento que se movía entre el modelo «bismarckiano» y el de Beveridge, intentando causar el menor desajuste posible a los trabajadores (Vega 2010). Esta era una necesidad apremiante para un país que había dejado atrás —aunque no del todo— las formas de producción del siglo XIX y que para los años cuarenta había adoptado un modelo



William Henry Beveridge, economista y político británico. Autor del «Primer informe Beveridge» (1942) que proporcionó las bases teóricas para la instauración del *Welfare State*. Fotografía: George Grantham Bain Collection, Library of Congress, 1910.



entre agroexportador, sustentado fundamentalmente en la producción y exportación de café, e industrializador, por medio de la fórmula ISI. Este engranaje político, institucional y económico generó una nueva realidad social: procesos de salarización y proletarización progresivos, que dieron impulso a la reconfiguración de clases y realidades que demandaban nuevas formas de protección social para el trabajo y la salud, además de otras necesidades.

En la discusión sobre la seguridad social, el gremio médico, en particular la Federación Médica Colombiana, se opuso al seguro obligatorio. Los galenos asociados en esta federación hicieron presencia en la Comisión V del Senado y expresaron su inconformidad con la norma que se discutía, al precisar que su aplicación había sido un fracaso en Chile, que sus funciones eran demasiado complejas y que la falta de preparación del pueblo en materia de educación y civilización no permitiría su buen desarrollo (Hernández 2002). De acuerdo con la directiva nacional de la Federación Médica Colombiana, la implantación de esta medida conllevaba la socialización de la medicina y los médicos argumentaban que en los países donde ello había tenido lugar, el resultado había sido un descenso marcado en el avance y el progreso de la profesión (Hernández 2002). Para buena parte de los médicos, el Seguro Social Obligatorio era visto como socialización, y la socialización, a su vez, como un asunto que intervenía en la sagrada relación con el paciente, coartaba la iniciativa privada de los galenos, frenaba la investigación científica y deterioraba la condición socioeconómica de los profesionales de la medicina.

En el centro de sus reclamaciones se encontraba la reivindicación de una práctica médica independiente en la que el enfermo pudiese escoger sus médicos libremente, y las tarifas cobradas por los galenos se ajustaran a su preparación y a su ética profesional. Además de esta oposición, en la Cámara de Representantes el proyecto sufrió un



Arriba: carnet de afiliación del ICSS, 1951. Archivo del Instituto de Seguros Sociales. Tomado de: *Historia de la medicina en Colombia*, Tecnoquímicas, 2013.

Abajo: *Heraldo médico*. Órgano de difusión de la Federación Médica Colombiana.

proceso dilatorio por parte de los conservadores, lo que imposibilitó su aprobación en las sesiones parlamentarias de 1945. Solo pudo avanzar con la llegada al poder de Mariano Ospina Pérez, quien insistió en la necesidad de considerarlo y aprobarlo.

Así, tanto la Ley 81, relativa al INR, como el proyecto de ley de la seguridad social sufrieron demoras propias de la dinámica sociopolítica del Legislativo en tiempos de un bipartidismo polarizado que acudía a cualquier recurso disponible, incluso la violencia, para entrabar el ejercicio del poder por parte del Gobierno del partido contrario. Finalmente, la iniciativa de la seguridad social logró imponerse en 1946, como Ley 90, y la sancionó el presidente Mariano Ospina Pérez, bajo el seguimiento de su entonces ministro de Trabajo, Blas Herrera Anzoátegui. Sin embargo, el Instituto Colombiano de Seguros Sociales no comenzó a funcionar inmediatamente, pues se requería adelantar un conjunto de estudios y movilizar recursos financieros e institucionales. Y para complicar este tiempo de espera sobrevinieron los dramáticos acontecimientos del llamado Bogotazo del 9 de abril de 1948 con su secuela de violencia y desorden público. No se trataba de un suceso puntual, sino de un hecho que trastornó la historia nacional y tuvo un impacto inmediato en todos los ámbitos de la sociedad, la que siguió su camino en condiciones necesariamente transformadas.

Con la emergencia del Ministerio y de la Seguridad Social creada en esos años, ya estaba dado el marco para que el INR pasara de la Universidad Nacional a ocupar un lugar más orgánico dentro del incipiente sistema de salud colombiano. Un sistema que apenas ofrecía las condiciones más básicas para poder avanzar en el cumplimiento de las funciones del instituto: asistencia pública, ordenada y regularizada bajo el ministerio; encuadre en la seguridad social con el Instituto Colombiano de

Seguros Sociales para trabajadores del sector privado y las cajas de previsión para empleados del sector público, y la prestación de servicios de carácter privado para personas con mayor capacidad de pago. Pero, en el plano nacional, y pese a sus bondades y sus buenos propósitos, el resultado fue un sistema de salud fragmentado en el que la estructura rudimentaria de la asistencia pública y la seguridad social generaban precarias coberturas, servicios de baja calidad y muchas barreras de acceso para los beneficiarios. En el caso de la seguridad social, habrá que esperar a los años cincuenta y sesenta para que se construya un soporte asistencial que pueda garantizar la ampliación de la afiliación, la extensión de los beneficios y la prestación adecuada de los servicios.



Noticia sobre el inicio de prestación del servicio por parte del ICSS, septiembre 26 de 1949.

Fotografía: *Gran Enciclopedia de Colombia*, Círculo de Lectores, 2007.

LA INTERNACIONALIZACIÓN DEL INSTITUTO EN LOS AÑOS CUARENTA

El influjo de la medicina norteamericana en la medicina nacional tuvo un impulso importante con la visita en 1945 del médico Malcom II Soule, profesor de los laboratorios de Higiene de la Universidad de Michigan y consejero de la oficina del Coordinador de Asuntos Interamericanos del Departamento de Estado. Soule llegó al país para elaborar, con el Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social, así como con la Embajada de los Estados Unidos en Bogotá, un plan de becas para profesionales colombianos en los Estados Unidos, México y Brasil. Eran veinte becas dirigidas a médicos graduados («20 becas» 1945, 10). Lo interesante de una visita como esta era que se inscribía en un proceso de proyección e internacionalización que, por limitado que pareciera, venía desde los orígenes del INR.

Este proceso fue allanado en la administración de Huertas y se fortaleció durante los años cuarenta, lo que posibilitó no solo la preparación de médicos colombianos en el extranjero, sino también la de médicos de otros países en el instituto, quienes impulsarían el campo de la cancerología en sus sitios de origen. Un ejemplo en este sentido es el del reconocido novelista, historiador, dramaturgo y médico ecuatoriano César Ricardo Descalzi, quien se especializó en cáncer en el Instituto de Radium de Bogotá en el marco de las Becas Bolivarianas, creadas en los primeros años de vida del instituto para la formación de profesionales de los países vecinos, como se describió en el capítulo tercero. Después de cursar su formación en Bogotá, regresó a Quito, escribió los libros *Biología del cáncer* y *Dos estudios sobre cancerología* y se propuso dialogar con sectores de la academia quiteña para hacer conocer la experiencia colombiana. Con el

mismo propósito, entró en contacto con el entonces presidente de su país, José María Velasco Ibarra, «para ver la forma de fundar un instituto de cáncer en esta ciudad» (ACH-UNAL-SB 1945ñ, f. 584). Sin embargo, el presidente no acogió la propuesta. Lo que resulta interesante fueron las razones que, según Descalzi, esgrimió Velasco, y que eran un tanto similares a las dadas por el doctor Alfonso Esguerra en los años treinta, cuando se opuso a la fundación del INR en Colombia:

El Dr. Velasco me repuso que eso era un «artículo de lujo», así son los «socialistas» que jamás han sentido lo que es el socialismo. De tal manera que mi porvenir en el ramo que tuve a bien especializarme en Bogotá está terminado en este país, soy un obrero sin herramientas, que vivo con los brazos caídos por falta de máquinas. (ACH-UNAL-SB 1945ñ, f. 584)

Las palabras de Descalzi no solo informaban sobre el ambiente de una época en que irrumpían las ideas socialistas, se soñaba con la industrialización y se presenciaba la acción de los sectores obreros en la escena política y reivindicativa, sino que develaban la realidad política ecuatoriana del momento. En efecto, para Descalzi el presidente Velasco era una suerte de falso socialista y se podría decir que tenía razón. Velasco era un conservador que se hizo al poder por segunda vez en Ecuador gracias a la Alianza Democrática, un frente político donde convergieron las fuerzas populistas, conservadoras, socialistas y comunistas contra Carlos Alberto Arroyo del Río. El malestar que había ocasionado la derrota militar de la Guerra entre Perú y Ecuador, de 1941, y el tratado de Río de Janeiro con el que se había cerrado años atrás la guerra entre Colombia y Perú favorecieron el triunfo de la revolución popular organizada por



la Alianza Democrática contra Arroyo el 28 de mayo de 1944, denominada *La Gloriosa* por algunos sectores sociales. Esta revolución permitió que Velasco partiera de Sevilla, Valle, en Colombia, donde se había exiliado y ejercía como maestro, y se dirigiera hacia Quito a tomar el poder de facto. Lo cierto es que, pese a la inspiración que producía el INR colombiano en Descalzi, y en Ecuador, las realidades políticas de ese país truncaron por un tiempo la creación de un instituto similar allí.

Además de formar profesionales de los países hermanos, el INR acogió destacadas personalidades del Cono Sur que hicieron aportes al desarrollo institucional. Con el ánimo de fortalecer el proceso de reorganización del Instituto de Radium, en 1946 la Universidad Nacional invitó al reconocido médico uruguayo Alfonso Frangella, oncólogo, catedrático de la Clínica de

Además de formar profesionales de los países hermanos, el INR acogió a destacadas personalidades del Cono Sur que hicieron aportes al desarrollo institucional.

El conflicto entre Perú y Ecuador y otros aspectos políticos impidieron la creación de un instituto de cancerología en el Ecuador.

SECRETARÍA NACIONAL DE COLOMBIA
SECRETARÍA
ARCHIVESE

Bogotá, Octubre 16 de 1945

Señor Rector
y Señores Miembros del Consejo Directivo
de la Universidad Nacional.
E. S. D.

Señor Rector:

Cumplo con el deber de informar a Uds. sobre la actuación que me ha cabido realizar satisfaciendo la gentil invitación de intercambio científico pedida por la Universidad Nacional a su digna dirección.

Como es de su dominio he permanecido durante dos meses y medio trabajando constantemente en el Instituto de Radium, donde se me han abierto las puertas de tal manera que no han existido secretos de clase alguna por parte del personal de dicho Instituto, lo que ha facilitado grandemente mi labor, pudiendo afirmar al Sr. Rector que he hallado la mejor buena voluntad y el más amplio espíritu de colaboración, por lo que me complace en dejar explícita constancia.

El Edificio y las Instalaciones:

El edificio del Instituto es excelente y puede competir por su arquitectura y disposición con los mejores del mundo; puedo afirmarlo con conocimiento de causa, pues en mis largos años de actuación en la especialidad he podido conocer 26 de once distintos países.

Creo necesario y urgente el aumento de locales para hospitalización, lo que puede ser rápidamente solucionado habilitando el magnífico pabellón, ya construido, que sólo requiere ser dotado para su funcionamiento. Si esta necesidad es perentoria en la actualidad en que no puede hospitalizarse todo enfermo que lo requiera, se volverá un problema angustioso en un futuro próximo en que la lucha contra el cáncer, como debe ser en todo país que se halla en la primera plana de las actividades científicas y sociales, cubre el incremento indispensable que la misma exige para la totalidad de las capas de la población.

Además, ampliaciones de local son ya absolutamente necesarias para algunas secciones que funcionan en forma incómoda, como lo vamos a señalar cuando tratemos en particular cada una de ellas.

El servicio de entrada:

El servicio de registro y canalización de los enfermos es eficiente: se toman los datos esenciales y se confecciona la historia correspondiente, pilar básico de toda organización anticancerosa. Los dos técnicos que en él desempeñan sus funciones son de toda competencia, son correctos y cumplen su tarea du-

Radiología y quien se doctoró en 1924 en la Facultad de Medicina de ese país. Atraído por la Física, Frangella había ingresado al Instituto de Radiología creado en 1929 como dependencia mixta de la Facultad de Medicina y de la Asistencia Pública de Uruguay, y fue uno de los primeros médicos latinoamericanos que se interesó en el estudio de la energía atómica. En 1934 fue nombrado subdirector del Instituto de Radiología de su país, luego de haber ocupado la jefatura de la sección de Radiología.

Tras su visita a Colombia, Frangella elaboró un informe sobre el INR, fechado el 16 de octubre de 1945, que resultó fundamental para dar una imagen de su funcionamiento en aspectos técnicos, científicos, de infraestructura, docencia y asistencia, en el que contrastaba su situación con lo que ocurría en otros lugares del mundo. El médico uruguayo, quien afirmaba conocer veintiséis institutos de cáncer de once países, consideraba que el edificio del INR de Colombia era excelente y podía competir en su arquitectura con cualquiera de ellos. No obstante, pensaba que era urgente el aumento de locales para hospitalización y hacía algunas observaciones sobre el funcionamiento de los servicios que se brindaban. Por ejemplo, sobre las secciones de diagnóstico, sostenía que los equipos radiológicos estaban instalados de buena forma y se practicaban las técnicas más modernas con la realización de radiografías laríngeas y tomografías. En ese servicio destacó al doctor Gonzalo Esguerra como uno de los radiólogos más competentes que había conocido, pero sobre todo elogió su orientación clínico-radiológica que no se limitaba a la «simple descripción de las sombras halladas» (ACH-UNAL-SB 19450, f. 593), ya que, según Frangella, si bien esta última conducta escudaba la responsabilidad, contribuía menos eficazmente al diagnóstico, «modalidad que por desgracia se está difundiendo en muchas partes, por iniciativa

de la escuela alemana, lo que poco a poco eliminará al radiólogo, cosa sencillamente ilógica» (ACH-UNAL-SB 1945o, f. 594).

Las observaciones de Frangella permiten ver la situación y las capacidades del instituto por esos años, sin dejar de lado las dificultades. Al visitar el laboratorio clínico, el médico uruguayo afirmó que, si bien este cumplía sus funciones con regularidad, estaba imposibilitado para hacer la totalidad de las complicadas investigaciones que se requerían en la lucha contra el cáncer, por la exigüidad de sus medios y la precariedad en materiales y aparatos. En el campo de la anatomía patológica, resaltó la realización de autopsias como una herramienta importante para corregir errores de diagnóstico y tratamiento, y para la enseñanza. Con miras al fortalecimiento de este último campo, propuso la conservación de piezas operatorias y necroscópicas para establecer un museo con fines formativos. En el terreno de la *roentgenterapia*, Frangella no discutía el criterio del instituto de hacer tratamiento a todos los enfermos que llegaran, sin tener en cuenta el estadio de la enfermedad. Sin embargo, afirmaba que era injustificable el esfuerzo puesto en los casos avanzados, lo que suponía costos innecesarios para el instituto y afectaciones para el paciente:

Si ello es profundamente humano desde el punto de vista físico, para paliar sufrimientos y como lenitivo moral, no se justifica desde el punto de vista científico y económico. Si es cierto que es lógico y hasta obligatorio hacer tratamiento a cualquier canceroso en cualquier estado, dicho tratamiento, cuando el caso evidentemente se halla fuera de los recursos radicales, debe ser solo medicinado. (ACH-UNAL-SB 1945o, f. 596)

Del mismo modo, sugería no repetir las dosis en situaciones de fracaso, combatir los casos de radiodermitis con el uso de limitadores de campo Holfelder, conseguir un aparato de 400 000 voltios de fabricación inglesa o norteamericana y abandonar la terapia superficial. Afirmaba que en su libro *Radioterapia en clínica* se recogían los argumentos por los cuales los roentgenólogos alemanes, suecos, franceses y suizos habían abandonado esa práctica. Sobre la *curieterapia*, anotaba la importancia de contar con expertos ginecólogos y otorrinolaringólogos y llamaba la atención sobre



Alfonso Frangella, médico y oncólogo uruguayo, estuvo en Bogotá dictando una conferencia sobre *roentgenterapia* y *radiumterapia*. *El Tiempo*, septiembre 27 de 1945.



la predilección por la *roentgenterapia* sobre la *curieterapia*, lo cual podía aceptarse en varios tipos de cáncer, pero no en el de piel, uno de los más frecuentes en Colombia en esos años. Curiosamente, la razón de esta sugerencia no era científica, sino de infraestructura: la limitación de alojamientos para internar a los pacientes tratados con *curieterapia*. Su propuesta era implementar una práctica desarrollada en Montevideo que solventaba este problema y que consistía en tratamientos ambulatorios en los que el paciente se llevaba a casa el material de *radium*. En el campo de la *telecurieterapia*, su opinión era pragmática, radical, y se basaba —decía— en los conocimientos recientes sobre este campo: esta debía suprimirse si no se lograba hacer con grandes cantidades de *radium*, diez o quince gramos, como estaba indicado. Los dos gramos que tenía el instituto eran insuficientes para producir algún efecto y comprar más suponía pagar 50 000 dólares por un gramo.

En suma, Frangella proponía algunos cambios menores y otros de mayor calado en el instituto. Dentro de los primeros,

El Banco de Sangre fue una de las propuestas de Alfonso Frangella que se hizo realidad, en 1950, en el INR. Archivo INC.

sugería modificar las historias clínicas dejando de incluir copias de los exámenes de laboratorio clínico, de los exámenes anatomopatológicos y las fichas de tratamiento, además de diferenciar las hojas de la historia clínica por colores. Como cambios más importantes, proponía la formación de un banco de sangre dentro del servicio médico del instituto, el estudio de la físico-química del cáncer, así como el impulso a la biología, la radiobiología, el cultivo de tejidos y el cáncer experimental a fin de fortalecer el francamente débil campo de la investigación en el interior de la entidad. Insistía en mantener a toda costa la publicación del boletín del instituto como herramienta básica en la lucha contra la enfermedad. Pero tal vez uno de los puntos de mayor relevancia en su informe fue un serio llamado de atención sobre la falta de protección contra las radiaciones para el personal que trabajaba en las secciones de *roentgenterapia*. Al respecto, se refería a las recientes conclusiones de los congresos internacionales de radiología y del subcomité sanitario de la Liga de las Naciones que habían establecido los tipos de protección mínima necesaria que se debía emplear cuando se trabajaba cotidianamente con radiaciones de Roentgen y Becquerel-Curie:

Las paredes, puertas y ventanas deben ser convenientemente plomadas: en cambio por medidas fotográficas que practicamos en los puestos de comando hallamos que todos ellos reciben una gran cantidad de rayos, según pruebas que hemos dejado en manos del Director del Instituto, lo que obli-

ga en forma perentoria e impostergable a tomar las medidas del caso para proteger la salud del personal. (ACH-UNAL-SB 1945o, f. 596)

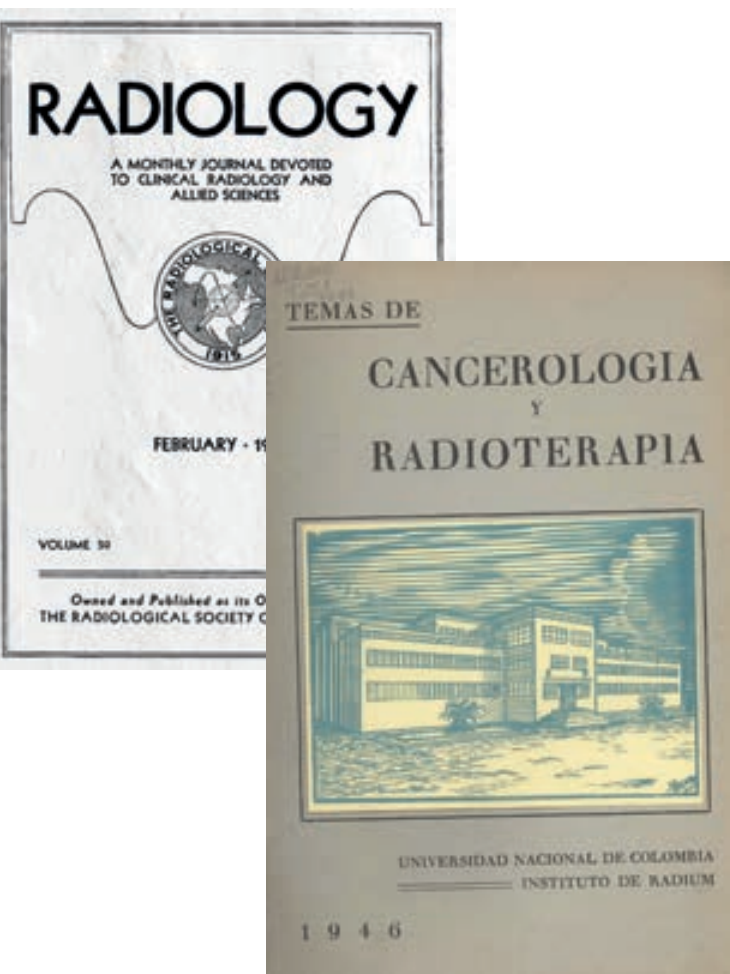
Las lesiones producidas por los rayos en pequeñas dosis y que se iban sumando con el paso de los días podían ser reveladas, según Frangella, «por exámenes de sangre sistemáticos practicados cada tres meses, cosa que se impone se haga obligatoria» (ACH-UNAL-SB 1945o, f. 602). A estas medidas sumaba la propuesta de rotar al personal, otorgándole licencias anuales con sueldo durante un mes continuo y jubilaciones, con sueldo completo, a los quince años de trabajo. Tal iniciativa, muy favorable desde el punto de vista de la salud de los trabajadores, planteaba un reto financiero para un instituto amenazado por la escasez de recursos desde su fundación.

Durante su visita, Frangella atendió a cincuenta enfermos, dictó diez conferencias, fue nombrado profesor honorario de la Facultad de Medicina y se llevó una impresión muy favorable del instituto, que dejó consignada de manera sintética al final de su informe:

El Instituto en general, desde todos los puntos de vista, causa buena impresión; el personal técnico y auxiliar técnico integrado por elementos casi todos jóvenes, es excelente; algunos de ellos compensan su falta de experiencia con una muy grande aplicación, la atención más concentrada y la mayor buena voluntad. Los tratamientos son bien indicados y sus dosis son correctas en general; las aplicaciones se hacen como corresponden, que es lo fundamental para la marcha general de un Servicio de la categoría del Instituto de Radium.

La cirugía y la electrocoagulación, en manos de ese gran científico que es el profesor Pantoja, nada tienen que envidiar a las efectuadas en cualquier otro Servicio similar del mundo, con lo que está dicho todo. En la forma en que actualmente se trabaja, completando las secciones según hemos expuesto, el Instituto de Radium de la Universidad Nacional de Colombia, en el término de muy poco tiempo, ocupará un sitio preferente en la ciencia internacional. (ACH-UNAL-SB 1945o, f. 603)

No es equivocado pensar que la visita de Frangella y sus opiniones significaron un estímulo para Pantoja, quien propuso en 1946 las conferencias clínico-patológicas con participación de docentes de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional y miembros de la Academia Nacional de Medicina, donde se abordaban casos difíciles o raros y se determinaba su tratamiento, lo que condujo a que la autopsia se convirtiera en procedimiento obligatorio en pacientes fallecidos en el instituto. Otra iniciativa de Pantoja fue el desarrollo del primer curso sobre cancerología y radioterapia del cual se desprendió un libro pionero en este tema en Colombia, denominado *Temas de cancerología y radioterapia*. La publicación de este texto tuvo tal importancia que fue reseñada en la revista *Radiology, A Monthly Journal Devoted to Clinical Radiology and Allied Sciences*,² órgano de The Radiological Society, creada en 1915. En dicha reseña, la revista criticó negativamente algunas ideas, pero también alabó el esfuerzo de los colombianos:



Atrás: número de *Radiology* en el que apareció reseñado el libro *Temas de cancerología y radioterapia*.

Delante: *Temas de cancerología y radioterapia*.
Archivo INC.

Se puede argumentar que es ante todo erróneo discutir la radioterapia del cáncer sin un debate acorde con el tratamiento quirúrgico, que un enfoque unilateral es pernicioso en la educación. Este libro, sin embargo, constituye un esfuerzo muy intenso, y es un índice de los intereses y capacidades de nuestros colegas latinoamericanos en el campo del cáncer.³

Dentro de los conferencistas del instituto que participaron en el evento y en el libro se destacaron, además de Alfonso Esguerra, Mario Gaitán Yanguas y Roberto Restrepo, los nombres de Rubén García, jefe del Laboratorio Clínico; Pablo Gómez, urólogo, y Alfonso Méndez Lemaitre, anatomopatólogo. De parte de la Universidad Nacional participaron los doctores Arturo Aparicio, Jorge Bejarano, Luis Piñeros Suárez, Manuel José Silva y Alfonso Uribe Uribe. Entre las figuras internacionales aparece el nombre de Alfonso Frangella.

Antes de que finalizara el año de 1946, el instituto también recibió la visita de otro extranjero, el doctor Maurice Lenz, radioterapeuta y oncólogo de la Universidad de Columbia en Nueva York, quien dio una conferencia en la Academia Nacional de Medicina sobre radiocurabilidad del cáncer (Otero 1999, 116), estimulando la realización de trabajos e investigaciones locales en esta temática que se convirtió en un aspecto destacado en la agenda de Pantoja, y del instituto en general.

LA INVESTIGACIÓN SOBRE EL CÁNCER EN EL INSTITUTO

Una de las áreas que menos se había desarrollado hasta 1945 en el INR era la de la investigación, y ello no deja de ser paradójico, teniendo en cuenta que en los fuertes debates de la década anterior siempre se afirmó que esta era su principal vocación. Sin

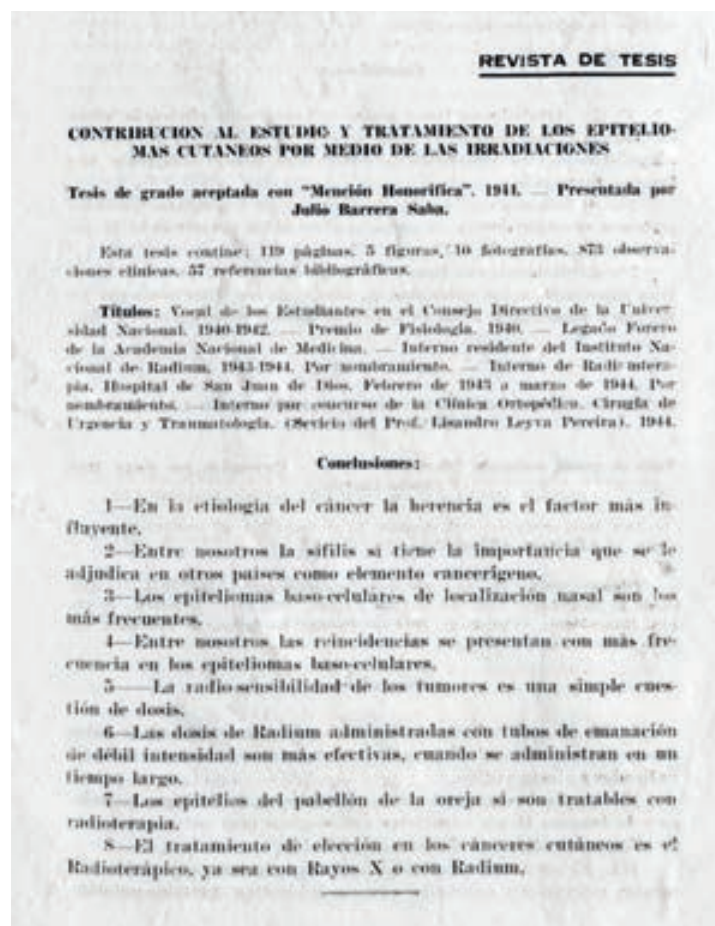
³ Traducción propia.

embargo, es claro que desde su origen el desarrollo de la estadística, con sus naturales limitaciones, iría allanando el camino para los estudios epidemiológicos, que en los años cuarenta comenzaban a mostrarle al país y al mundo una perspectiva más sistemática sobre el cáncer.

En esta década persistía el interés por entender la relación entre agentes externos y cáncer, de manera que la construcción de explicaciones desde esta óptica tomó tres caminos: el de los microbios, el de la raza y el de la herencia. En ese contexto, en 1944 el doctor Julio Barrera Saba, en su tesis *Contribución al estudio y tratamiento de los epitelomas cutáneos por medio de las irradiaciones*, recogió la voz de la comunidad médica de Bogotá sobre el descuido en el procesamiento de los tejidos que se usaban en el estudio de la anatomía patológica (Sierra et al. 2013, 170). Pero lo interesante de este trabajo es que, en particular, el médico Barrera Saba consideró que el *boom* de la teoría microbiana estaba superado y que los esfuerzos debían orientarse hacia la histopatología:

Pasado el periodo de furor microbiano que se desató con los definitivos estudios realizados por Pasteur a este respecto; y en vista de los fracasos de la teoría en el caso concreto del cáncer, las tendencias de los investigadores actuales se han enrumado hacia la histopatología, tratando de descubrir en el proceso celular de los epitelomas el fundamento que pueda orientarlos en la finalidad por tantos siglos perseguida. (Barrera 1944, 23)

Sus reflexiones no terminaban allí. En un contexto de teorías eugenésicas en boga, Barrera discutió la pertinencia de las explicaciones raciales sobre el origen del cáncer sin llegar a nin-



Resumen de la tesis del doctor Julio Barrera Saba.
Revista Facultad de Medicina, UNAL, volumen 14,
número 2, p. 135, 1945.

guna conclusión. En buena parte, debido al carácter mestizo de la población colombiana, pero sobre todo por la insuficiencia y la deficiente calidad de los datos disponibles, lo que abría una crítica al desarrollo de la estadística que contrastaba con afirmaciones y discursos muy entusiastas enunciados por los primeros funcionarios y directores del INR.

Entre tanto, otros médicos exploraban el origen hereditario del cáncer, pero tampoco contaban con datos confiables, debido a la dificultad en el registro de los antecedentes en las historias clínicas y a la vergüenza que sentían los pacientes de revelar la presencia de una persona cancerosa en la familia. Como sugieren Sierra et al. (2013), un ejemplo de esta inseguridad se puede encontrar en la tesis *Tumores malignos del seno maxilar*, del doctor Jorge Escobar. Junto a estas visiones acerca del cáncer y, sobre todo, frente a la limitación en la construcción de causalidades y en la eficacia de los tratamientos, emergió un interés apenas obvio en la prevención, como lo expresó el doctor Jorge Bejarano en la conferencia inaugural de la Campaña Colombiana contra el Cáncer, en 1945:

La lucha contra el cáncer en Colombia adolece de una falta: toda ella ha descansado en el tratamiento quirúrgico o por radiaciones. Nada se ha hecho por enseñar al público a conocer la enfermedad o a obtener un diagnóstico precoz por medio de la oportuna consulta al médico, o por campañas sistemáticas de divulgación por la radio o por la prensa o por conferencias, cartillas, folletos o carteles. (Bejarano 1946, 50)

En su trabajo, Bejarano (1946, 46) señaló que con 4476 defunciones en 14 años, el porcentaje de muertes por cáncer en

Colombia superaba al de ciudades como Nueva York, Washington, Filadelfia y Buenos Aires. Sobre una mortalidad global de 165 748 personas para toda la República, hubo 3554 por cáncer (0,83 % de hombres y 1,30 % de mujeres). Para este médico, Colombia comenzaba a presentar en su panorama epidemiológico un comportamiento similar al de otros países del mundo, con la presencia de la vasocardiopatía, la tuberculosis y el cáncer como enfermedades que se imponían sobre las infectocontagiosas (Bejarano 1946, 54). Es decir, que ya a mediados del siglo pasado se percibía la transformación del perfil epidemiológico de los colombianos.

En consonancia con las afirmaciones de Bejarano, el Curso Libre de Cancerología, creado por Pantoja —que derivó en la publicación del libro *Temas de cancerología y radioterapia*, al cual ya se hizo referencia—, intentó hacer extensiva la enseñanza de la cancerología, incorporando a médicos y estudiantes en la cruzada científico-social de la Campaña contra el Cáncer, y así obtener una situación mejor y más eficaz para poderlo tratar con algún éxito sobre la base del diagnóstico precoz. Pero el tema de los datos y las estadísticas seguía siendo importante y debía trabajarse. Si bien la creación del Registro Institucional de Cáncer incluía datos sobre el seguimiento a los pacientes y el desarrollo de los tratamientos apelando a las autoridades gubernamentales, «antes de 1945 la investigación científica no fue una disciplina organizada sino el resultado de esfuerzos esporádicos individuales» (Cáceres 1998, 10).

La aparición de los *Archivos del Instituto Nacional de Radium*, en 1940, tampoco había contribuido a aumentar notablemente la producción científica y la investigación, y podrían identificarse al menos tres razones para ello. La primera tenía que ver, paradójicamente, con la dependencia de la Universidad

Nacional en un momento de baja producción bibliográfica en esa *alma mater*, pese al elevado interés por la investigación que allí se predicaba. La segunda, se relacionaba con la creciente carga asistencial que pesaba sobre el instituto, lo que limitaba las posibilidades reales de su personal tecnocientífico para investigar. Finalmente, estaba el problema de siempre: la falta de recursos que impedía avanzar con paso firme en este campo (Murillo 2004, 30).

Solo a partir de 1945 esta situación comenzó a cambiar un poco, cuando el director Pantoja promovió en la Ley 81 de financiación del instituto —que aún no se había aprobado— la creación de la Sección de Investigación. Pese a las razones señaladas, algunas tesis que se valían del registro y las historias clínicas fueron constituyendo una importante tradición de estudios epidemiológicos que tenían su centro allí. Por ejemplo, en 1946, Jorge Uribe Calderón desarrolló su tesis para optar por el título de doctor en medicina y cirugía denominada *Estudios estadísticos del cáncer de seno en el Instituto Nacional de Radium*,⁴ la cual fue calificada en primera categoría con Mención Honorífica. Uribe, quien era interno del Hospital San Juan de Dios de Cúcuta, médico de la Clínica Infantil y de la Caja de Previsión Social Municipal, estudió el comportamiento de este tipo de cáncer entre 1935 y 1945. Sus hallazgos indicaban que el cáncer de seno ocupaba el tercer lugar (10,9 %) de todos los cánceres tratados en el instituto. De 3982 cánceres estudiados

y tratados hasta diciembre de 1945, 438 fueron de seno, cifra solo superada por los epitelomas y el cáncer de útero. Hacia los años cuarenta aumentó el número de casos de cáncer de seno y se encontró que en el periodo abarcado el 24 % de estos casos correspondía a tumores benignos, y el 76 % a tumores malignos (Uribe 1946, 54).

Otros médicos exploraban el origen hereditario del cáncer, pero no contaban con datos confiables, debido a la dificultad en el registro de los antecedentes en las historias clínicas.

Hasta 1945, los datos del INR mostraban un comportamiento del cáncer diferente en magnitudes respecto a los de los Estados Unidos, por obvias razones, pero similar en el comportamiento de algunas patologías como el cáncer uterino y el cáncer de mama. Existía, al parecer, una prevalencia y una importancia relativamente similares en los dos países. La tabla 19 explicita esta comparación.

Concluía la tesis que, en comparación con los datos de los Estados Unidos, las localizaciones de cáncer de piel, cavidad bucal y seno eran más frecuentes en Colombia, mientras que los cánceres de estómago e intestinos tenían un porcentaje mayor en la nación norteamericana. En los años estudiados

4 La tesis incluye una larga lista de datos de todos los tipos de cáncer recibidos en el instituto en el periodo señalado (1935-1945). En la tabla 19 solo se incluyen los nueve primeros años para efectos de la comparación, por ello el porcentaje total no suma 100.

Tabla 19. Comportamiento del cáncer en el INR vs. Departamento de Comercio EE. UU.

Datos del Instituto Nacional de Radium en Colombia, 1935-1945			Datos comisión del censo, Departamento del Comercio de los Estados Unidos, 1945	
Localización	Número de casos	Porcentaje	Localización	Porcentaje
Epiteliomas de la piel	1303	32,7	Estómago	21,7
Epiteliomas del útero	541	13,6	Intestinos	18,5
Epiteliomas del seno	438	10,9	Útero	12
Sarcomas de distintos órganos	294	7,4	Mamas	11,2
Epiteliomas de lengua y paladar	170	4,2	Piel y cavidad bucal	10,2
Epiteliomas del pene	95	2,3	Órganos anexos al tubo digestivo	4,2
Epiteliomas de la laringe	64	1,6	Órganos genitales masculinos	4,7
Epiteliomas del cuello	42	1	Órganos respiratorios	1,9
Epiteliomas de la tiroides	36	1	Sistema nervioso	1,7

Fuente: elaborada y adaptada a partir de la tesis de Jorge Uribe Calderón (1946, 56-57).

para Colombia, la investigación de Uribe Calderón mostró el aumento en la frecuencia de cáncer de seno, explicado por dos razones muy sugestivas: por el mayor acceso de las mujeres al instituto, así como por la propaganda científica que se dirigía a los médicos y la de divulgación orientada hacia el público en general, llamada por Uribe «popular», en la que se insistía sobre la bondad de los tratamientos y los éxitos logrados gracias al abordaje oportuno de la enfermedad por parte de los médicos del instituto. Sobre los dos tipos de propaganda, la científica y

la popular, Uribe afirmaba: «han despertado entre los médicos de provincia y en el público en general un mayor interés para enviar sus enfermos por parte de los primeros y de estos muy poca resistencia para someterse a tratamiento en el Instituto anticanceroso» (Uribe 1946, 59).

En cuanto a los departamentos que remitían sus pacientes de cáncer de seno al instituto, se evidenciaba que el mayor número de casos recibidos provenía de Cundinamarca, con 119 de tumores malignos (52 %) y 70 de benignos (50,2 %). Este depar-

tamento era seguido por Santander del Sur, con solo 29 casos malignos (7,6 %) y 15 benignos (10,8 %). Después se encontraban Valle con 26 casos de tumores malignos (6,8 %) y 8 de tumores benignos (5,7 %), seguido de Caldas con 25 malignos (6,8 %) y 14 benignos (10 %) (Uribe 1946, 72).

Los tratamientos aplicados en el instituto en aquellos años mostraban el predominio de los rayos X profundos (192 casos), seguidos por la extirpación de los tumores (76 casos); venían luego las resecciones o extracciones amplias de músculos del pecho, vaciamiento ganglionar —extracción de los ganglios cercanos al seno— y rayos X profundos (73 casos), y, finalmente, las resecciones amplias de músculos y vaciamiento ganglionar sin rayos X (46 casos) (Uribe 1946, 77). La mayoría de los tratamientos practicados combinaron cirugía y radiaciones. Según la tesis de grado del médico cucuteño, las cirugías obtuvieron el mayor número de curaciones de cáncer grado I, en el 31,4 % de los casos. El tratamiento combinado con radiaciones para el mismo tipo de cáncer mostró el 17,7 % de curaciones; mientras que en los tratados solo por radiaciones el porcentaje de curaciones llegó únicamente al 6,66 %. En el cáncer grado II, los porcentajes de curación fueron aún menores, y en el de grado III no se evidenció ninguna curación, por lo que el autor afirmaba que «nunca debe ser tratado». Del total de pacientes atendidos, el 66,66 % murió y el resto no volvió al instituto. Finalmente, la aplicación de la *telecurieterapia* no mostró éxito en ninguno de los grados de cáncer, según el trabajo *Estudios estadísticos del cáncer de seno en el Instituto Nacional de Radium* del doctor Uribe Calderón.

Un año después, se produjo otro trabajo importante de investigación. Se trataba de la tesis denominada *Cáncer de lengua*, para optar al título de médico, de José María Delgado Paredes,

que reunía datos desde el primero de enero de 1935 hasta el primero de septiembre de 1947 en el INR. De 7075 casos tratados en diferentes localizaciones, se abrieron 238 historias de tumores y lesiones en lengua, de las cuales 145 resultaron tumores malignos, 49 tumores benignos, 24 lesiones inflamatorias y 3 leucoplasias. Sin historia clínica fueron vistos 8 tumores malignos, 2 benignos y 7 lesiones inflamatorias. De este modo, el total de tumores malignos en la lengua para el periodo fue de 153, lo que equivalía al 2,19 % de todos los cánceres y al 64,28 % de todas las lesiones en la lengua. Los 51 tumores benignos fueron equivalentes al 21,43 % de las lesiones en la lengua tratadas (Delgado 1947, 3). El cáncer de lengua se presentaba con mayor recurrencia en Cundinamarca (20,68 %) y Antioquia (20 %). Sin embargo, se señalaba que el mayor número de casos no estaba relacionado con «factores determinantes», sino con la cercanía del instituto, lo que indica que para los años cuarenta su impacto territorial era reducido, con pocas remisiones de pacientes de las regiones costeras y, en general, de las intendencias y comisarías. Las formas más frecuentes de esta patología eran la ulcerativa (19,3 %) y la nodular o infiltrante (15,8 %). La variedad histopatológica que tenía mayor presencia era la del carcinoma espinocelular epidermoide (93,7 %), siendo los más numerosos los cánceres de borde (57,24 %), luego los de dorso (18,62 %) y los de base (14,48 %). Durante los años estudiados, del 100 % de pacientes que llegaron al instituto con cáncer de lengua fue tratado el 77,70 %, el total de ellos con tumores malignos; un 16,37 % era intratable y el restante 5,91 % de pacientes no recibió ningún tratamiento (Delgado 1947, 48).

Como lo mostraba el estudio de Delgado, los tratamientos más usados para este tipo de cáncer en el instituto fueron la radiumpunción, la cirugía y las radiaciones externas. La *telecu-*

rieterapia (3,63 %), que produjo un 25 % de curaciones; la *roentgenterapia* (10,9 %), con un 8,33 % de curaciones y, finalmente, la *radiumpunción* (29 %), que tuvo el porcentaje de curación más bajo, 3,12 %.⁵ Con diversos tratamientos para el carcinoma de lengua se obtuvo el 7,27 % de curaciones y el 11,81 % de mejorías (Delgado 1947, 50).

La *curieterapia* intersticial con agujas de platino de uno y dos focos era por aquel entonces el tratamiento inicial usado en el instituto. Las agujas de un foco contenían un miligramo de *radium*, y las de dos, 1,33. La dosis media fue de 12 a 20 m. c. d. y la máxima fue 30,94 m. c. d. con duración de 265 horas. La dosis era administrada mínimo 6 días para garantizar su efecto y máximo 10 días para evitar la radionecrosis. Las técnicas americanas aconsejaban ya la irradiación externa previa a la *radiumpunción*, con el fin de evitar el peligro de la diseminación por irritación intersticial (Delgado 1947, 22). Junto a la tesis de Delgado, se produjo otro trabajo interesante denominado *Estudios estadísticos de los tumores de la parótida en el Instituto de Radium*, a cargo del postulante a médico Darío Ramírez Hoyos (1947).

Como puede observarse, estos estudios recogían una experiencia muy importante en el diagnóstico, la terapéutica y la estadística del cáncer en el país, pese a las limitaciones de cobertura que aún tenía el instituto, y pueden ser considerados como las primeras bases de la investigación sistemática y estadística del cáncer en el INR. En forma de tesis para optar por el título de doctor en medicina, estos trabajos generaron una primera imagen en el país sobre la realidad de patologías como el cáncer

5 La tesis incluye los datos de todos los tratamientos y sus combinaciones aplicados en el instituto en el periodo señalado; aquí solo se incluyen los más importantes.

Tabla 20. Tratamiento de 110 casos de cáncer de lengua en el INR

Tratamiento	Número de casos
<i>Radumpunción</i>	32
Rayos X profundos	12
<i>Telecurieterapia</i>	4
Cirugía (extirpación)	5
Electrocoagulación	2
Vaciamientos ganglionares	3
Vaciamientos del cuello	12
<i>Radium</i> , cirugía y <i>telecurieterapia</i>	13
<i>Radium</i> y cirugía	12
<i>Radium</i> y <i>telecurieterapia</i>	12
<i>Radium</i> y rayos X	8
<i>Radium</i> , <i>telecurieterapia</i> y rayos X	3
<i>Radium</i> , rayos X y cirugía	4
<i>Radium</i> , cirugía, <i>telecurieterapia</i> y rayos X	1
<i>Telecurieterapia</i> y <i>radium</i>	1
<i>Roentgenterapia</i> de contacto, cirugía, <i>radium</i> y rayos X	1

Nota: la suma da 125 tratamientos y no 110; no obstante, como advierte Delgado en su tesis (1947, 21), en la presentación se han separado los vaciamientos de cuello y los ganglionares (15 casos) que en general estuvieron precedidos por *radumpunción* de la lengua y seguidos por radioterapia.

Fuente: Delgado (1947, 50).

de lengua, de cuello uterino o de mama. Su valor entonces tiene que ver no solo con lo que sucedía de puertas hacia adentro en esta institución, o con la función docente y de investigación propia de la universidad, sino con un país amenazado por esta enfermedad y urgido de un inventario estadístico de sus problemas de salud que abriera paso a otro tipo de investigación.

AVANCES EN MEDIO DE LA VIOLENCIA

Mientras el instituto continuaba su labor asistencial, docente y de publicaciones y producía sus primeras investigaciones, la vida de Bogotá y de Colombia cambió drásticamente el 9 de abril de 1948 con el asesinato del abogado y candidato a la presidencia por el Partido Liberal, Jorge Eliécer Gaitán, quien se dirigía sobre la 1:15 de la tarde a almorzar con cuatro acompañantes, entre ellos el médico Pedro Eliseo Cruz. Una vez sonó el disparo «Cruz fue el primero en arrodillarse junto al jefe caído. Estaba boca arriba. Le brotaba sangre de la cabeza. Respiraba con dificultad, y Cruz no podía encontrarle el pulso. Cuando el médico levantó la cabeza de su jefe, de la boca fluyeron jugos gástricos. Cruz sintió una mano fría. “Está perdido”, murmuró» (Braun 2008, 268). En la Clínica Central fueron los jóvenes médicos Hernando Guerrero y Noel Cruz quienes atendieron al caudillo liberal, sin éxito. Su muerte espoleó una nueva ola de violencia en el país. La conflictividad, que hasta entonces se había cultivado en la ruralidad, da paso a una Violencia, con mayúscula, que costó la vida a más de 350 000 personas y dejó en la memoria de los colombianos terribles imágenes de inhumanidad y sevicia (Quevedo 2013c).

El Bogotazo y la precipitación de la violencia bipartidista posterior se anudan en el fondo a un conjunto de procesos de mayor calado: la colonización obligada y la apertura de la frontera agraria por expropiación y desplazamiento de amplias poblaciones campesinas; la desigualdad social y el despojo de la tierra; las tensiones inherentes a modelos modernizadores excluyentes; la consolidación de un capitalismo contradictorio, a la vez agroexportador e industrializador, basado en la acumulación de capital; la constitución de identidades regionales y políticas con base en caudillismos y amenazas, y las disputas de poder e ideológicas. Estas violencias se extendieron por campos y ciudades, involucrando al campesino y al obrero, al liberal y al conservador y en todos los casos horadando la cohesión social. De este modo, el Bogotazo impactó la vida de los colombianos y moduló el proceso de construcción de instituciones estatales, ralentizando su desarrollo, como sucedió con el inicio del Instituto Colombiano de Seguros Sociales o con la implementación de la Ley 81 de 1945, que pretendía contribuir al desarrollo del Instituto de Radium. El conservatismo continuó en el poder y en el plano de las políticas de salud dio paso a la inserción de médicos afines al influjo norteamericano en el Ministerio de Higiene, algunos de los cuales no se caracterizaban, precisamente, por su conservadurismo. Esto fue lo que ocurrió con el médico Jorge E. Cavellier, quien como ministro buscó remplazar a los higienistas de tipo francés, más políticos, por otros formados en los Estados Unidos, de corte más técnico (Quevedo 2013c). Esta última orientación, dentro de los saberes médicos y didácticos en boga, intentaba morigerar el debate político que de todas formas siguió permeando el campo de la medicina, como lo deseaba un gran sector de profesionales.

La producción de publicaciones y tesis durante 1948 y 1949 señalan una especial vitalidad en el campo de la investigación sobre el cáncer, así como en la difusión del conocimiento que se iba generando. En 1948 apareció el *Boletín del Instituto Nacional de Radium*, en cuyo editorial Pantoja plasmaba claramente el objetivo de difusión y de formación médica de la publicación:

La presente publicación, órgano oficial del Curso Libre de Cancerología que desde el año de 1946 se dicta en el Instituto Nacional de Radium de Colombia, intenta llevar



Jorge Cavalier Jiménez, ministro de Higiene, 1949-1950. Fotografía anónima. Clínica de Marly.

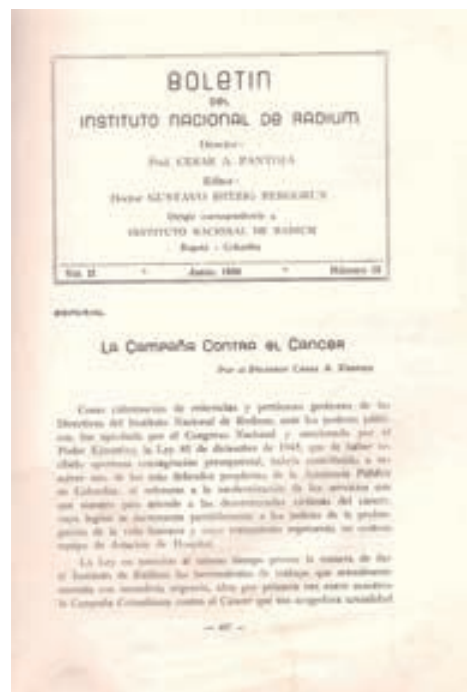
al médico práctico, de dentro y fuera de la institución, el eco del movimiento científico que se opera en el dominio oscuro e interesante del cáncer, reflejo fiel y dilatado del pensamiento médico, porque extiende su amplia esfera de acción a todas las ramas del ejercicio profesional; compendia y resume también el estado actual de los conocimientos en la ciencia de la medicina y en el arte de la cirugía. La magnitud de sus problemas exige esta ambiciosa posición. (Citado en Otero 1999, 121)

En este número apareció publicado un texto del doctor Ronald W. Raven, del Royal Cancer Hospital de Londres, quien visitará al país y al INR en 1949. En el espíritu que animaba la publicación era evidente la existencia de un interés en prospectiva sobre la publicación de casos tratados con técnicas especiales, anotaciones sobre el comportamiento de la enfermedad, diagnósticos diferenciales o estudios sobre la mortalidad por cáncer. Pero esta prospectiva no significaba el abandono de los fundamentos clínicos en el abordaje del cáncer. En el editorial del primer número se había hecho referencia a la necesidad de mantener la esencia semiológica clásica y hasta cierto punto anatomoclínica, al tiempo que se procuraba introducir los cambios modernos en los procedimientos diagnósticos y terapéuticos:

La medicina, en su más estricta concepción hipocrática, consiste en la aplicación de los sentidos magnificados por la instrumentación de la era actual, tanto para conocer y distinguir enfermedades, como para prever y modificar su evolución mediante el uso de armas científicas de la Terapéutica que han sido consagradas por la experiencia. (Instituto Nacional de Radium 1948, 2)

El editorial introducía, además, el concepto de *clínica moderna* y destacaba el papel de los Estados Unidos en la consolidación de esta:

Es obvio, además, que la Clínica Moderna para ser científica y respetable, ha de hacer partícipes al médico y al estudiante del provecho de sus dotaciones materiales y del especial rendimiento intelectual otorgado por el «trabajo en equipo». Esta fórmula de división de actividades y de consagración de aptitudes, perfeccionada gracias a las prácticas norteamericanas, impone cada día más utilidad en las costumbres contemporáneas: no implica una deplorable rutina nemotécnica sino que busca producir los buenos efectos de la práctica reiterada. (Instituto Nacional de Radium 1948, 1)

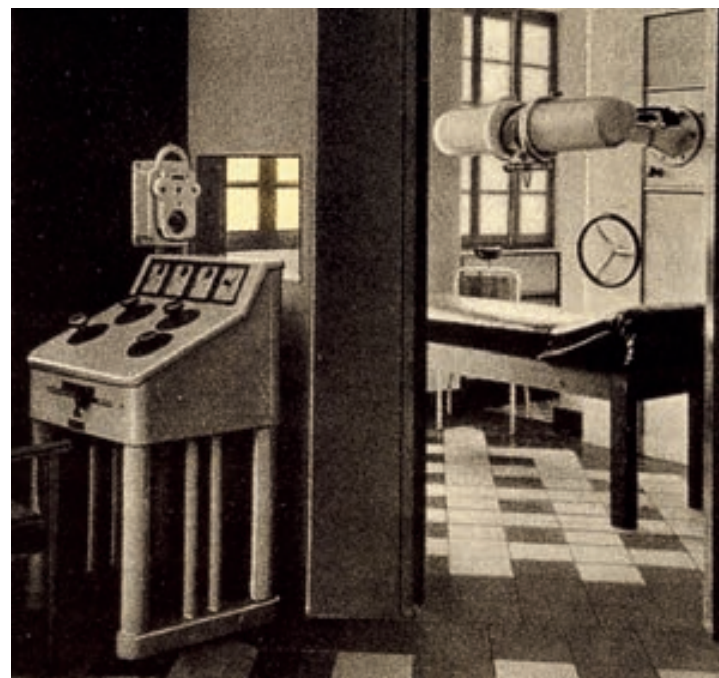


Izquierda: *Boletín del Instituto Nacional de Radium*. Portada. Vol. 1, número 2, 1948. Biblioteca INC.

Derecha: editorial del doctor César Augusto Pantoja en el *Boletín del INR*. Volumen 2, número 13, 1950. Biblioteca INC.

La transformación del paradigma médico suponía —según el editorial— el paso del hospital tradicional hacia el de una institución científica: «En este concepto, el hospital contemporáneo es centro de difusión de doctrinas e inquietudes; quizá es alma mater más que la misma aula, porque mientras en esta última se barajan principios teóricos, en el primero se elabora el experimento que los decanta de credos y conjeturas» (Instituto Nacional de Radium 1948, 2). A diferencia de muchos hospitales fundados en la época colonial o en el siglo XIX, los cuales transitaban de la caridad y la hospitalidad a la ciencia y la medicina moderna a principios del siglo XX, el INR fue creado como una institución con pretensiones fundamentalmente científicas y modernas, y dependiente de la universidad, de modo que en sus primeros años ese carácter trató de imponerse bajo la orientación de su primer director, José Vicente Huertas, y por la misma Facultad de Medicina de la Universidad Nacional.

Pero el proceso no fue nada fácil. En medio del gran despliegue tecnológico y médico que representaba el Instituto de Radium, en este se mantuvo una noción de caridad —de Estado, mediada por la beneficencia—, reforzada por la idea de asistencia para pobres y por la presencia de las Hermanas de la Caridad, elementos que mantenían el imaginario hospitalario antiguo. La formación científica de sus fundadores, el influjo del conocimiento médico francés y norteamericano, su infraestructura y su tecnología no fueron suficientes en medio de un contexto social, económico y cultural que conservaba aún muchos elementos decimonónicos, e incluso coloniales. No resultó fácil desprenderse de procesos sociales e institucionales arraigados profundamente en el campo hospitalario. Sin embargo, ese panorama particular comenzó a cambiar en el tránsito de los años cuarenta a los cincuenta del siglo XX cuando se profundizaron



los procesos de modernización en el país, se fortaleció el conocimiento médico y el accionar de sus profesionales y se produjeron cambios sociales y culturales significativos. En sus publicaciones siguientes, el boletín expresa esta transformación, ya no solo en sus editoriales, sino también en el contenido mismo de los estudios publicados, cargados de referencias a la medicina estadounidense y a los recientes avances internacionales. Personajes como Roberto Restrepo, Mario Gaitán Yanguas, Aquileo Asmar, Gustavo Montejó y Ronald Raven nutren con

En la década de los años cuarenta, el INR trataba de anclarse en la ciencia moderna, a pesar de las vicisitudes de la época. Fotografía: Archivo INC.

sus escritos los números siguientes del boletín, estableciendo un rico diálogo entre casos clínicos del instituto y referencias a conceptos médicos modernos y contemporáneos.

Dentro de los artículos publicados se destacan las contribuciones de Rafael Carrizosa Argáez, César Pantoja, Juan Jacobo Muñoz y Alfonso Méndez. Este último publicó un caso de *Moluscum pedulum* y Darío Cuervo otro sobre cistosarcoma del seno. Pero el trabajo que reviste una importancia especial por estos años es el del doctor Luis María Borrero, quien presentó una actualización de los tratamientos con irradiaciones. Su artículo estaba dividido en dos partes: la primera trataba de las radiaciones y generalidades sobre los rayos X-gamma y la segunda se refería a los métodos generales y las bases biológicas de la *radiumterapia*. Allí, como señala Otero, se emplearon veintisiete referencias principalmente tomadas de la literatura norteamericana y se intentó «explicar modernamente las bases físicas y los efectos biológicos de las radiaciones y los principios y métodos del radium y la radioterapia», mencionando incluso los isótopos radioactivos (Otero 1999, 60). En otro lugar, el doctor Borrero se detendrá en ellos para describir los usos terapéuticos del sodio, el fósforo y el yodo radioactivos. En medio del prolífico ambiente científico de los años de la segunda posguerra, las siguientes ediciones del boletín fueron reflejando una diversificación en el campo de la investigación y en la producción de conocimiento en Colombia que iba más allá de la experiencia clínica misma y que incluía indagaciones sobre las tecnologías empleadas, revisiones epidemiológicas, técnicas de cirugía plástica, quimioterapia tópica, entre otras (Murillo 2004, 31).

Algo de lo anterior se refleja en los números siguientes que recogen aportes de los médicos Roberto Restrepo sobre



Rafael Carrizosa Argáez, jefe de Consulta Externa del INR, uno de los médicos cuyos escritos sobre el cáncer quedaron registrados en el *Boletín del Instituto Nacional de Radium*. Fotografía: Archivo INC.

cáncer nasofaringosinusal, Carlos Cleves, sobre tratamientos quirúrgicos del cáncer laríngeo y Alfonso Méndez Lemaitre, sobre tumores, en general, y sobre clasificación de los mismos y Mario Gaitán Yanguas sobre el melanoma. Incluso la revista publicó un artículo de George Humphreys, quien encabezó una de las misiones norteamericanas que vinieron a Colombia por esta época —denominada en la historia de la medicina «la Misión Humphreys»—, con el propósito de intercambiar información, asesorar a los médicos nacionales y revisar aspectos relacionados con la medicina en general, con la práctica médica en particular, con los hospitales y las clínicas y, de manera muy destacada, con la educación médica.⁶

LA MISIÓN HUMPHREYS Y EL INSTITUTO NACIONAL DE RADIUM

La Misión del Unitarian Comittee, presidida por George Humphreys, profesor de cirugía de la Universidad de Columbia, reunió a seis distinguidos especialistas norteamericanos y un colombiano residente en ese país. En un principio, la misión estaba programada para abril de 1948. Sin embargo, por sugerencia del doctor Manuel Antonio Rueda Vargas, decano de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional, se aplazó para octubre,

evitando —sin haberlo siquiera presentado— que coincidiera con la Novena Conferencia Internacional de las Naciones Americanas en Bogotá. De esta manera, se les ahorró a los ilustres visitantes la experiencia de presenciar el Bogotazo y su catastrófico desarrollo durante el 9 de abril de 1948 y los días siguientes.

Uno de los hallazgos importantes de esta misión, en lo que coincidió con las otras dos misiones norteamericanas que visitaron el país entre 1948 y 1958, fue el hecho de que la histopatología colombiana seguía aún atada a los preceptos de la es-



George H. Humphreys II presidió la Misión Humphreys que visitó a Colombia en 1948. Fotografía: U.S. National Library of Medicine.

⁶ Estos informes fueron compilados en el Archivo de la Universidad Nacional y comprenden las visitas realizadas al país entre 1948 y 1958. Revisar en: ACH-UNAL-SB (1958). «Informes de las misiones extranjeras sobre visitas a la Facultad de Medicina. 1948-1958», registro 511, caja 1, carpeta 2.

cuela francesa (Otero 1999, 119), además de estar impregnada del «espíritu» general que se describió para la medicina gala en el primer capítulo de este libro. En varios lugares del informe producido por la Misión Humphreys emerge el Instituto de Radium, bien como epicentro de las conferencias y operaciones llevadas a cabo por integrantes de la misión, bien como objeto de análisis de los norteamericanos. En lo relacionado con el primer aspecto, el informe deja saber que «La Misión estuvo concentrada en cinco tipos de actividades. Primero un número importante de Conferencias matinales, que se realizaron en los Hospitales La Samaritana y [el] Instituto Nacional de Radium. Las vespertinas se realizarían [sic] en los salones de la Facultad de Medicina a partir de las 6 de la tarde» (ACH-UNAL-SB 1958, f. 8).

Humphreys, junto al doctor MacKeen Cattell, dictó tres conferencias: «La quimioterapia en cirugía», «Farmacología y aplicación de los nuevos agentes químicos desarrollados en la investigación de guerra» y «El tratamiento de la leucemia». Al decir de Otero (1999), estas conferencias inauguraron la quimioterapia en el país, en particular una que pronunció el profesor Salvatore Lucia, quien además hizo demostraciones de quimioterapia con mostazas nitrogenadas, denominadas *mecloretamina* o hn_2 en el instituto. Estas fueron reconocidas como el primero de los llamados agentes alquilantes sintetizados a partir del gas mostaza, los cuales demostraron su utilidad en el tratamiento de los linfomas después de 1949, especialmente en los «no Hodgkin». En Bogotá, Humphreys realizó siete operaciones en total, ayudó al doctor Triana en otra y asistió a intervenciones realizadas por los doctores Pantoja en el Instituto de Radium, Cruz y Anzola en el Hospital La Samaritana y Vejarano, Negret y Bonilla Naar en los hospitales Santa Clara, San José y en la Clínica de Marly, respectivamente.

Es interesante la percepción que se llevó Humphreys de estas experiencias, al respecto de las cuales afirmó que «habían resultado mejor de lo que él esperaba. El equipo auxiliar fue adecuado, lujoso en las clínicas privadas. Pese a las carencias, lo que había se utilizaba de manera adecuada y competente permitiendo hacer buena cirugía» (ACH-UNAL-SB 1958, f. 78). Sin embargo, también destacaba las debilidades:

Había carencia de personal entrenado, fallas en las monjas quienes cumplían esta función. La técnica quirúrgica era muy buena, no obstante los jóvenes operaban muy rápido con fallas en los detalles. En general hay cierta tendencia a la rapidez y a la chapucería que es bastante común en los hospitales de este país pero que resulta desafortunada para un centro de enseñanza. (ACH-UNAL-SB 1958, f. 78)

Sobre el Instituto de Radium, específicamente, el médico norteamericano hizo una valoración crítica y se refirió a la renuncia masiva que tuvo lugar en los albores de la administración de Pantoja. En el informe se decía que este había sido fundado por las directivas universitarias, ante la ausencia de terapéutica para el cáncer, siguiendo el modelo del Instituto Curie de París o el del Radium Hemmet de Estocolmo. El hospital del INR era moderno, equipado para la radioterapia y con suficiente cantidad de *radium*. Las opiniones expresadas eran críticas, en general, pero basadas, al parecer, en informaciones no muy objetivas:

Se escogieron jóvenes prometedores y se les envió a Francia para entrenamiento; al regreso, la Universidad los puso a trabajar en este hospital, enteramente de su propiedad, sobre

Después de la visita de la Misión Médica Humphreys, no solo se fueron corrigiendo varias debilidades, sino que siguieron las visitas de destacados galenos extranjeros al INR.



McKeen Cattell participó, junto con George H. Humphreys II, en la Misión Humphreys que visitó a Colombia en 1948. Fotografía: U.S. National Library of Medicine.

bases de tiempo completo. Desafortunadamente el plan original falló. Los prometedores jóvenes renunciaron en masa para establecer una clínica privada de su propiedad, donde hoy tratan de salir adelante, impedidos por la falta de equipo. De este modo los equipos quedaron en manos de recién llegados sin entrenamiento y el hospital terminó tratando a los pacientes como cualquier otro hospital. De hecho sus instalaciones se veían viejas a pesar de ser un hospital moderno y se encontraba mal equipado. (ACH-UNAL-SB 1958, f. 89)⁷

Ahora bien, pese a estas apreciaciones, derivadas del evidente contraste entre los desarrollos médicos estadounidenses y los esfuerzos colombianos, los años de 1949 y 1950 resultan centrales para el instituto, pues allí no solo continuaron incorporándose los aportes de la medicina internacional, sino que se introdujeron avances significativos en la consolidación institucional, en la contratación de nuevos médicos, en el desarrollo de nuevos servicios y en la función formativa. Después de la visita de la Misión Médica Humphreys, no solo se fueron corrigiendo

7 En 1953 vino otra misión médica en cabeza de Maxwell Lapham, decano de la Escuela de Medicina de la Universidad de Tulane, Nueva Orleans (Louisiana), y con los doctores Charles M. Goss, profesor de Anatomía de la Escuela de Medicina de la Universidad del Estado de Louisiana, y Robert Berson, profesor auxiliar de Medicina de la Escuela de Medicina de la Universidad de Vanderbilt, Nashville (Tennessee). La traducción del informe de esta misión sobre la educación médica en Colombia estuvo a cargo del médico G. M. Carrera. La misión estudió los informes de las misiones precedentes y encontró que muchas deficiencias referidas en ellos ya se habían corregido, lo que permite suponer que, en el caso del INR, fueron exitosos los esfuerzos de Pantoja por recomponer el instituto ante la crisis suscitada a principios de su gestión.

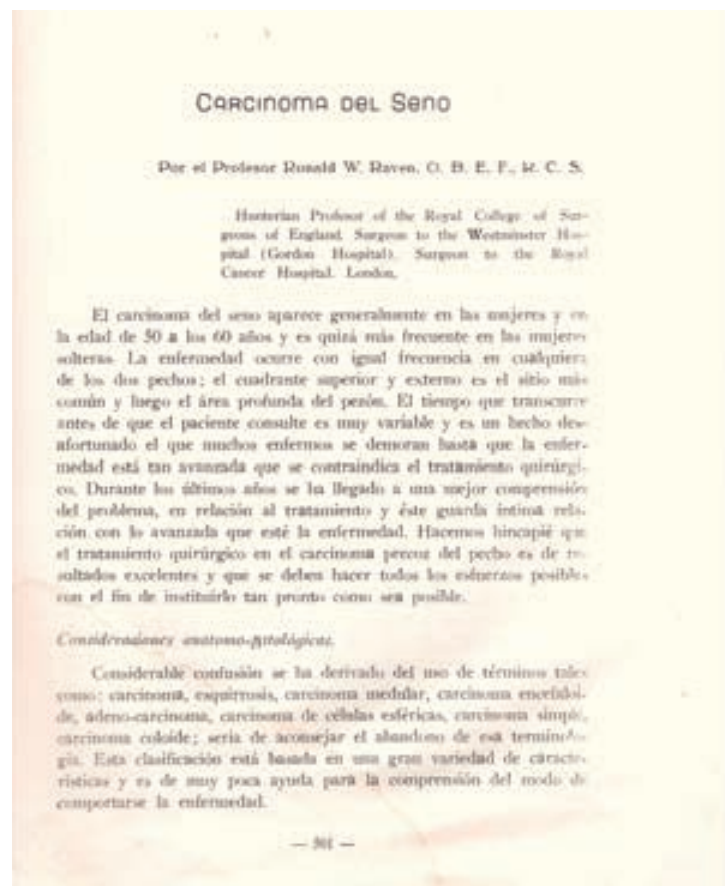
varias debilidades, sino que siguieron las visitas de destacados galenos extranjeros como la del inglés Ronald W. Raven, quien llegó al país en 1949 con su anesthesiólogo y amigo L. H. Morris.

Raven y Morris dictaron varias conferencias e hicieron demostraciones quirúrgicas y anestesiológicas durante el mes de

mayo en Cartagena, Bogotá y Medellín. En particular, el lunes 2 de ese mismo mes visitaron el instituto y en la tarde Raven dictó una conferencia en la Facultad de Medicina sobre la cirugía en Gran Bretaña y su aporte a la medicina mundial. A ella se sumó otra conferencia denominada «El problema del cáncer», que fue radiodifundida y en los días siguientes llevaron a cabo un amplio número de demostraciones quirúrgicas y de anestesia que incluyeron gastrectomías, esofagectomías, mastectomías, entre otros procedimientos.

Cada misión y cada visitante extranjero fueron señalando las fragilidades del instituto y proponiendo un conjunto de correcciones que, una vez implementadas, fortalecieron su capacidad científica, docente y asistencial. Después de quince años de fundado, su historia seguía siendo la de una institución pionera en la lucha contra el cáncer que se abría paso en medio de las dificultades de un Estado en procura de un formato moderno, pero que se enfrentaba a precariedades presupuestales, duras realidades socioeconómicas, un campo médico que se comenzaba a organizar, un país empobrecido y una sociedad debilitada por la violencia.

En sus primeros años, sobrevivir a esta realidad le implicó al instituto un gran ejercicio de gestión como el que permitió finalmente la aprobación, entre diciembre de 1949 y enero de 1950, de la Ley 81, propuesta desde 1945, gracias al *lobby* del director Pantoja en el Congreso de la República. Ese mismo año se creó el Banco de Sangre y se reforzó el Departamento de Gastroenterología con la incorporación de los doctores Alberto Vejarano, Roberto Gutiérrez y Salomón Perlman, quienes iniciaron la endoscopia y las primeras técnicas diagnósticas de laboratorio complementando la labor que venían desempeñando los doctores Andrade Valderrama y Castro Duque.



El médico Ronald W. Raven, quien visitó el país en 1949, publicó un artículo sobre carcinoma de seno en el *Boletín del Instituto Nacional de Radium*, vol. 2, n.º 13, junio de 1950. Biblioteca INC.

BOLETIN		
DEL INSTITUTO NACIONAL DE RADIUM		
Volumen II	* Junio 1950 *	Número 13
Director:		
Profesor CESAR A. PANTOJA		
Editor:		
Doctor GUSTAVO HITZIG BERGGRUN		
Dirección: Bogotá, Calle 1ª, Carrera 9ª		
Talleres Editoriales de la Universidad Nacional		
CONTENIDO:		
I Editorial.—LA CAMPAÑA CONTRA EL CANCER, por el profesor César A. Pantoja	497	
II CARCINOMA DEL SENO, por el profesor Ronald W. Raven, O. B. E. F., R. C. S.	501	
III LA CURABILIDAD DEL LINFOSARCOMA, por el doctor Mario Gaitán Y	513	
IV LA LYMPHOGRANULOMATOSIS MALIGNA O ENFERMEDAD DE HODGKIN, por el doctor Gustavo Hitzig Bergerun	517	
V DIAGNOSTICO DEL CANCER PROSTATICO, Artículo extraído y adoptado del Texas Cancer Bulletin, abril, 1949	521	
VI TRATAMIENTO DE LOS ANEURISMAS, por el doctor Alberto Vejarano L.	526	
VII LA GASTROSCOPIA EN EL CANCER GASTRICO, por el doctor Alberto Vejarano L.	529	

Gustavo Hitzig Berggrun fue uno de los primeros editores del *Boletín del Instituto Nacional de Radium*. Biblioteca INC.

También ingresaron tres figuras fundamentales para el instituto: Gustavo Montejo, internista que impulsó la investigación en leucemias y linfomas; César Mendoza Posada, quien sistematizó el estudio del hemograma y del mielograma, y Gustavo Hitzig Berggrun, graduado de la Universidad Nacional y especializado en Medicina Interna y Oncología en París, donde había conocido a Juan Jacobo Muñoz y a Francisco Socarrás. El paso de Hitzig por el Memorial Hospital de Nueva York le proporcionó los fundamentos de la medicina norteamericana que puso en práctica en el instituto. Hitzig, además de convertirse en editor del boletín, reorganizó los cursos anuales de oncología que bajo este nuevo impulso comenzaron a dictarse desde 1946. En particular, el programa del curso de 1950, diseñado conjuntamente por Pantoja y Hitzig, expresa una visión muy completa en el abordaje del cáncer. Estaba dirigido a alumnos de último año de pregrado, internos y médicos generales y su valor era de 40 pesos para médicos y de 25 para estudiantes, con dos conferencias semanales entre abril y octubre. La nómina de profesores del curso era notable e incluía al dermatólogo y profesor de la Pontificia Universidad Javeriana, Alberto Medina Pinzón; al otorrinolaringólogo Carlos Cleves; al destacado profesor de Medicina Interna, Alfonso Uribe Uribe; a Pablo Gómez Martínez, urólogo y profesor de la Universidad Nacional; a Sergio Triana, cirujano general y experimental; al profesor de la Nacional, Guillermo López, egresado de esta misma universidad y especialista en Ginecología y Obstetricia; a Luis Urdaneta, médico y ginecólogo; al cirujano Hernando Anzola Cubides, y a Alejandro Jiménez Arango, profesor de Neurocirugía de la Universidad Nacional (Otero 1999, 127). Sin lugar a dudas, el instituto se convirtió poco a poco en un lugar clave para destacadas figuras de la medicina colombiana que trabajaron allí, como los

doctores Pedro Eliseo Cruz, Hernán Mendoza Hoyos o Luis E. Lozano, así como para conferencistas de diversas universidades que contribuyeron a la misión docente sostenida desde los años cuarenta en esta joven institución.

Vale la pena registrar dos hechos ocurridos durante 1949. El primero fue la renuncia de Roberto Restrepo al cargo de jefe de Radioterapia y la posesión en este cargo de Mario Gaitán Yanguas, como se mencionó más atrás. El segundo fue el desmonte gradual de la cúpula o bomba de *radium*, «en vista de que las dosis alcanzadas con prolongados tiempos de exposición eran ya inferiores a las obtenidas con equipos convencionales de radioterapia de 250 kev. La preciosa carga de *radium*, cuyo valor comercial había decaído con los años, pasaría a ser depositada en las bóvedas del Banco de la República» (Otero 1999, 129).

Al finalizar los años cuarenta, los esfuerzos de Pantoja por superar la crisis y consolidar la institución no cesaban. En uno de los editoriales del boletín, el director del instituto resumía a grandes rasgos los aportes de su gestión, que incluían la creación y puesta en marcha del Curso Libre de Cancerología; las conferencias científicas a nivel nacional, en especial a las ligas llamadas «femeninas» en algunos documentos,⁸ y la adopción del instituto por parte del Club de Leones dentro de su programa de acción social y de lucha contra el cáncer, concretada en la producción de una cartilla con el apoyo de la Compañía Colombiana de Seguros. El llamado de Pantoja para que la empresa privada aportara más recursos a la universidad y al instituto fue

siempre vehemente. En la editorial del boletín de 1948, Pantoja insistía también en que «el campo de operaciones corresponde ya al Ministerio de Higiene, al que el instituto está listo a prestar su cooperación y servicio» (Otero 1999, 129). Esta afirmación expresaba claramente lo que ocurrió en los años siguientes: la adscripción del instituto al ministerio como un paso necesario para lograr, por fin, un encuadre adecuado en el Estado. Esta necesidad venía planteándose en los últimos años y se hacía más urgente en la medida en que su sostenimiento por parte de la Universidad Nacional comenzaba a afectar seriamente el presupuesto de esta última. En efecto, las cargas económicas que le producía el instituto a la universidad comenzaron a resonar entre directivos, funcionarios y profesores finalizando los años cuarenta, quienes demandaban claridad sobre el lugar que debía ocupar el INR dentro del Estado. A petición del rector de la universidad, el señor Leopoldo Lascarro, de la Contraloría de la República, preparó un informe que revelaba claramente los problemas del instituto en materia financiera ante la ambigüedad que representaba una institución de salud que descansaba a la vez en la lógica de la asistencia pública, la beneficencia y la asistencia privada. Al realizar un detenido estudio de su organización administrativa, Lascarro señaló que los problemas existentes «no son de los que se resuelven con la reglamentación del trabajo administrativo, sino que requieren decisiones de orden más elevado» (ACH-UNAL-SB 1949, f. 1).

La situación financiera no era sencilla. Los recursos que la universidad tenía calculados para el instituto en la vigencia de 1949 eran de 106 810,00 pesos y las apropiaciones para sus gastos alcanzaban la suma de 347 068 pesos con 24 centavos; sin embargo, el valor de lo producido por servicios en el primer semestre de ese año llegó a 47 422,84 pesos y los gastos, sin

8 Quizás se trataba de la Liga Colombiana de Lucha contra el Cáncer o de algunos eventos propiciados por esta organización donde participaban activamente señoras y señoritas de la sociedad bogotana.



Arriba: Gustavo Hitzig Berggrun reorganizó los cursos de Cancerología que dictaba el INR. Fotografía: Archivo INC.

Abajo: la carga de *radium* que no usó más el INR fue depositada en las bóvedas del Banco de la República.



contar compromisos pendientes de pago, llegaron a la suma de 139 277,21 pesos (ACH-UNAL-SB 1949, f. 1). De modo que aun cuando no existía un déficit en el financiamiento, sí llamaba la atención la fuerte dependencia del instituto de los recursos públicos y lo que Lascarro llamaba una confusión entre los servicios hospitalarios o de caridad y el cobro de una tarifa elástica que variaba de acuerdo con la capacidad de pago expresada por los pacientes y valorada por la Secretaría del INR. La proporción entre las actividades de beneficencia y los servicios pagados se aprecia en la tabla 21.

La estancia promedio de las personas hospitalizadas que pagaban y que no pagaban era de 25 días por persona. Para el servicio de beneficencia existían 68 camas y para pensionados, 34. Dentro de estos últimos había dos categorías con tarifas de 20 y 10 pesos diarios: los que pagaban 20 pesos se ubicaban en el tercer piso del edificio y gozaban de mejores comodidades y atenciones respecto de los que pagaban 10 pesos, que ocupaban el segundo piso (ACH-UNAL-SB 1949, f. 2). No obstante, la mayoría de los pacientes pensionados declaraba menos ingresos para quedar en el segundo piso con la tarifa más baja, pero cuando las camas se llenaban, era preciso ubicarlos a todos indiscriminadamente en el tercer piso. Por otro lado, las tarifas de la radioterapia y la fisioterapia variaban de 50 a 500 pesos, pero se cobraba de acuerdo con la negociación que realizaba la Secretaría con cada paciente, de modo que ante la obligación de atender a todo enfermo que lo solicitara y debido a la pobreza de la mayoría de ellos, las tarifas realmente cobradas eran muy bajas. Al respecto expresaba Lascarro: «Me detengo a relatar estos detalles, porque a mi juicio la promiscuidad entre servicios hospitalarios

Tabla 21. Balance de pacientes en el INR en 1949

Años	Pacientes sin pagar		Pacientes que pagaron		Total de pacientes
	Núm.	%	Núm.	%	
1945, un semestre	83	50	86	50	169
1946, un semestre	208	58	152	42	360
1947	719	70	292	30	1011
1948	738	61	457	39	1195
1949, un semestre	336	62	202	38	538

Fuente: elaborada a partir del informe de Leopoldo Lascarro del 17 de septiembre de 1949.

y servicio de pensionados y la elasticidad en la aplicación de las tarifas constituyen los mayores problemas de la administración del instituto» (ACH-UNAL-SB 1949, f. 3).

Según el memorando de Lascarro, en 1949 el instituto contaba con un director científico-administrador y un personal administrativo discriminado de la siguiente manera: 32 funcionarios administrativos (una secretaria, 14 enfermeras externas, 7 enfermeras internas⁹ y 10 empleados de servicios administrativos), 34 empleados para el servicio general del instituto, 14 empleados del servicio del hospital y 7 Hermanas de la Caridad contratadas. Por su parte, el personal científico estaba constituido por 2 médicos de tiempo completo, 24 médicos de medio tiempo y 6 estudiantes internos. Para el primer semestre de 1949 la estructura de atención había ganado complejidad, contaba con un recurso humano de alta calidad y mostraba amplios resultados (tabla 22).

9 Llama la atención la inclusión de las enfermeras en la categoría de personal administrativo. Como para un análisis sociológico o de ingeniería de las organizaciones.

Tabla 22. Personal en el INR de acuerdo con el informe del doctor Lascarro (elaboración propia)

Consulta	Personal	Consultas, exámenes o procedimientos		
		Semestre	Mes	Día
Ginecología	Médico de medio tiempo: Dr. Urdaneta	789	132	5
	Ayudante de medio tiempo			
	Catalogador: Dr. Martínez			
	Secretaria: enfermera externa Edith Hernández			
Radioterapia	Médico de tiempo completo: Dr. Gaitán	7821	1307	52
	Ayudante de tiempo completo: Dr. Cuero (jefe de Estadística)			
	Secretaria: enfermera externa: Mary Caldas			
	3 operadoras, enfermeras externas			
Radiodiagnóstico	Médico de medio tiempo: Dr. Lozano	1639 exámenes	273	11
	Ayudante de medio tiempo: Dr. Valencia	541 radiodiagnósticos	90	4
	Secretaria enfermera: Leonor Amorocho			
Externa	Médico de medio tiempo: Dr. Carrizosa	-	-	-
	Ayudante de medio tiempo: Dr. Mendoza			
	Secretaria enfermera externa: María Rodríguez			
	Enfermera interna: Elvira Infante			
Neurología	Médico de medio tiempo: Dr. Jiménez	60 consultas	12	1/2
	Ayudante enfermera externa: Isabel Mariño			
Gastrología	Médico de medio tiempo: Dr. Bejarano	134	27	1
	Ayudante enfermera externa: Isabel Mariño			
Rectoscopia	Médico de medio tiempo: Dr. Andrade	244	41	2
	Ayudante enfermera externa: Isabel Mariño			
Piel	Médico de medio tiempo: Dr. Medina	78	26	1
	Ayudante enfermera externa: Isabel Mariño			
Urología	Médico de medio tiempo: Dr. Gómez M.	250	42	2
	Ayudante enfermera externa: Isabel Mariño			

Consulta	Personal	Consultas, exámenes o procedimientos		
		Semestre	Mes	Día
Endoscópica y órganos de los sentidos	Médico de medio tiempo: Dr. Cleves Archila	360	60	2 1/2
	Ayudante enfermera externa: Isabel Mariño	-	-	-
Cirugía	Jefe: Dr. Pantoja, medio tiempo	151	25	1
	Médico anestesta de medio tiempo	251	42	2
	Adjunto quirúrgico: Dr. Castro D.	311 biopsias	52	2
	Cirujano 2.º de medio tiempo: Dr. Triana	601	100	4
	Jefe de Clínica Quirúrgica: Dr. Neira	742 anestesis	124	5
	Instrumentadora: enfermera Lola Riveros	-	-	-
	Enfermera interna: María del C. Pulido	-	-	-
	Hermana de la Caridad	-	-	-
	Muchacha del aseo	-	-	-
Laboratorio clínico	Médico coordinador: Dr. Soriano.	4337 exámenes	723	29
	Ayudante de medio tiempo: Dr. García			
	Ayudante enfermera externa: Elena Vásquez			
	Ayudante de Laboratorio: Manuel Garzón			
Laboratorio anatomía patológica	Médico de medio tiempo: Dr. Méndez	1735	288	12
	Ayudante enfermera externa: Blanca Rudas Cajiao			
	Ayudante: Francisco Pulido			
Sección médica	Médico de medio tiempo: Dr. Palacios	787 consultas	132	5
	Ayudante enfermera externa: Cecilia Piñeros			
Metabolismo basal	Médico de medio tiempo: Dr. J. M. Arcila	88 exámenes	17	3/4
Banco de sangre	Médico anestesta: Dr. McCormick	-	-	-
	Ayudante médico residente: Dr. Mendoza			
	Ayudante del servicio: Amelia Sánchez			

Los gastos de alimentación y medicamentos mensuales por paciente se elevaban a 65 pesos¹⁰ y las dos funciones estaban a cargo de las Hermanas de la Caridad, pero no se llevaba un registro detallado de las actividades que ellas desarrollaban. Para 1949 se conservaban en el archivo más de 21 000 historias clínicas de pacientes atendidos y se calculaba que el instituto administraba más de 200 raciones alimenticias diarias.

Los médicos no tenían un horario preciso de llegada y de salida; en este sentido, Lascarro llamaba la atención sobre la necesidad de establecer horas de trabajo fijas. Pero ese no era, sin duda, el asunto que más le inquietaba. Lo más grave era que el instituto representaba una carga de cerca de 250 000 pesos anuales para la universidad, dineros que se empleaban para cubrir los costos administrativos, que eran bajos, y también para la función asistencial que era especialmente elevada. Ello hacía que Lascarro se preguntara cuál era la función principal que debía cumplir el instituto en relación con los fines que más interesaban a la universidad: ¿la docencia, el servicio social hospitalario, la investigación científica? (ACH-UNAL-SB 1949, f. 5). Teniendo en cuenta que dependía de la Facultad de Medicina, parecía obvio que su principal función fuera la docencia, pero el número de estudiantes que concurría al instituto en 1949 era de ocho (seis internos y dos asistentes), y en ese contexto la pregunta de Lascarro se hacía incisiva: «¿Hasta dónde es necesario para la enseñanza, que el Instituto sostenga de caridad el 62 % de sus pacientes, y que al 38 % restante le cobre conforme a unas tarifas elásticas, que se aplican en la mayoría de los casos con un criterio de caridad?».

Era claro que el instituto cumplía una función muy importante de asistencia social que el Estado no podía abandonar, pues así lo demandaba el artículo 19 de la Constitución, como producto de la reforma del Gobierno de López Pumarejo de 1936. Pero ¿debía la universidad con su escaso presupuesto seguir asumiendo una función que era de competencia del Estado? Es más, en comparación con las funciones de asistencia que para esa época prestaba el Hospital San José en Bogotá, ¿por qué el instituto, fundado con fines docentes e investigativos, debía ir más lejos en la beneficencia que otros hospitales propiamente de caridad? Hay que decir que la Beneficencia de Cundinamarca hacía un aporte mensual de 1800 pesos, es decir 21 660 pesos anuales, para la atención de los más pobres; pero ello solo suponía menos del 9 % del déficit que le dejaba a la universidad.

En realidad, la discusión que salía a la luz allí tenía que ver con un proceso más estructural de organización y especialización de las funciones del Estado interventor colombiano en los años de la posguerra y en un momento donde ya comenzaban a definirse los alcances diferenciales de la educación, la investigación y la asistencia en salud. De modo que la idea inicial de concebir al INR como una institución que debía cumplir las tres funciones al tiempo debía ser revisada, para adecuarla al contexto de emergencia de los pilares de un sistema de salud fragmentado; además, debía reconfigurarse, para poner el instituto sobre un pilar predominante, el del sector salud, a fin de restarles centralidad a las funciones de docencia e investigación. Así se decantaba un tanto el debate que estuvo presente desde su misma creación entre Alfonso Esguerra y José Vicente Huertas, así como el conflicto entre Pantoja y los médicos fundadores del instituto, en dirección a fortalecer su papel asistencial. Un debate que parecía no tener una solución sencilla y que se proyectaba para largo rato.

10 El costo total por medicamentos estaba alrededor de los 2500 pesos mensuales.

Las soluciones propuestas por Lascarro en su memorando partían fundamentalmente de redefinir el objeto principal del instituto en torno a la asistencia para disminuir la carga presu- puestal sobre la universidad. Además, proponía separar las fun- ciones administrativas y científicas, ajustar los horarios de los médicos, poner la administración de los medicamentos bajo la responsabilidad de una botica, crear un sistema de tarifas fijas de hospitalización y servicios adjuntos, entre otras propuestas más. Pero la recomendación más llamativa tenía que ver con la necesidad de:

1º. Terminar con la promiscuidad en las consultas, curacio- nes, etc., ya separando las oficinas, o estableciendo horas precisas para atender a los unos, distintas a las de los otros; 2º. Establecer tarifas fijas para los servicios que se presten al personal de pensionados. Quienes no puedan pagarlas, que se acojan a los servicios de beneficencia. Dentro de esas tari- fas, nadie debe ocupar como pensionado un sitio distinto del que le corresponde a la tarifa pagada. (ACH-UNAL-SB 1949, f. 7)

Más allá de sus aciertos en los ajustes técnicos y financieros que requería el instituto, la propuesta de Lascarro evidenciaba en el fondo una concepción perversa que relacionaba la clase social, la moralidad y el cáncer y que se traducía en formas de segrega- ción espacial por clase en su interior, propias de la época, pero inaceptables hoy en día:

Respecto al punto 1º hay que considerar que aunque el cán- cer no es contagioso, a la mayoría de las personas les repug- na acercarse a un canceroso, y más, si tiene tumores visibles. Como en el Instituto no hay separación, y a determinadas

horas los enfermos del hospital andan por los corredores, las personas decentes y que pueden pagar, que por pres- cripción médica deben solicitar los servicios del Instituto, tienen que estar en promiscuidad con los embatados del Hospital, mientras esperan consultas o exámenes lo que les resulta incómodo y fastidioso. (ACH-UNAL-SB 1949, f. 7)

Pareciera entonces que en la visión de Lascarro el cáncer se comportaba distinto según la clase social. El de los pobres era fastidioso, incómodo e indecente; en cambio, un rico con cán- cer era decente, merecía respeto y no debía compartir espacios, pues pagaba. La visión mercantil de la salud se asomaba un poco ladinamente en las siguientes apreciaciones de Lascarro:

Tengo la impresión de que las personas que conozcan esas circunstancias y tengan medios para hacerlo preferirán que les presten atención en cualquier clínica particular dotada para ello, aunque les resulte más costoso. Por esa causa el Instituto está relegado a la clientela de beneficencia o de ta- rifa baja. El personal capaz de pagar tarifas altas se va a otras clínicas, o se hace tratar a domicilio. (ACH-UNAL-SB 1949, f. 9)

Su visión propugnaba, además, por recortar personal si ello era posible, disminuyendo el número de enfermeras externas y escalonando las horas laborales del personal. La respuesta del director Augusto Pantoja al memorando de Lascarro aceptaba varias de las críticas y recomendaciones y llamaba la atención sobre la necesidad de crear un servicio social para la classifica- ción de los pacientes; pero aducía que aún no había personal idóneo para ello. Faltaban aún varios años para que la impor- tante función del trabajo social se pusiera en juego. Pantoja,



además, le aclaraba a Lascarro que cerca de sesenta estudiantes se inscribían anualmente a los cursos libres del instituto y que el presupuesto que asumía la universidad no causaba déficit, pues provenía en realidad de un incremento hecho normativamente para tal fin.

En suma, el informe de Lascarro acertaba en algunos de sus diagnósticos, siendo el más importante el de la necesidad de clarificar el objetivo central del instituto sin sacrificar plenamente los otros dos. Su visión de modernización administrativa chocaba, sin embargo, con su perspectiva de una asistencia clasi-
sta y poco comprensiva de las realidades sociales del país. El punto es que este informe, con el que se cerraban los años cua-
renta, anunciaba una reforma inevitable en la siguiente década, que permitió el encuadre definitivo del instituto en el campo de la salud bajo la tutela definida y visible del recientemente creado Ministerio de Higiene.

EL INSTITUTO NACIONAL DE RADIUM PASA AL MINISTERIO Y CAMBIA SU NOMBRE

Los años cincuenta del siglo xx se abrieron con grandes cambios y retos en la vida política y social del país. Ante la ausencia de candidato liberal, pues Darío Echandía renunció a la contienda por falta de seguridad, en 1950 llegó al poder el periodista e ingeniero Laureano Gómez, quien en los años anteriores se había destacado por sus fuertes discursos contra el liberalismo y los diversos socialismos que se expresaban en el país y en el exterior. Tras el asesinato de Gaitán y de los hechos del 9 de abril, Gómez se había ausentado de Colombia y regresó en 1949 para ganar las elecciones con más de un millón de votos. Tomó posesión de la Presidencia ante las cortes, pues el Congreso había sido cerrado por el Gobierno de su antecesor Mariano Ospina Pérez, también de filiación conservadora.

Sin embargo, su Gobierno fue breve, pues en 1951, por problemas de salud, se retiró y dejó encargado a Roberto Urdaneta. Cuando decidió volver, en 1953, no pudo reasumir el poder, pues un golpe de Estado entronizó al general Gustavo Rojas Pinilla en la presidencia, el 13 de junio de ese año. Durante ese tiempo los campos colombianos estaban asolados por una ola de violencia analizada por el médico e intelectual Luis López de Mesa, quien aseguraba que era auspiciada, querida y permitida por los dirigentes políticos del país, y ubicaba sus orígenes en una gran confusión ideológica y en los errores de un pueblo carente de una cultura «equilibrante» y sólida, un pueblo pobre y débil a quien le habían quitado la ética patriarcal sin darle otra equivalente (Quevedo 2013c). El psiquiatra José Francisco



Socarrás, por su parte, asumió «la violencia como una constante en la historia de Colombia» (Quevedo 2013c, 179). Pese a los posibles equívocos de estas interpretaciones, es clara la percepción —por parte de miembros de la élite médica de entonces—

Roberto Urdaneta Arbeláez, presidente (e) de Colombia, en ausencia de Laureano Gómez. Óleo de José Bacones Agneto, 1953. Museo Nacional de Colombia. Tomado de: *Gran Enciclopedia de Colombia*, Círculo de Lectores, 2007.

de este episodio histórico como una tragedia profunda, un fenómeno social impregnado de perspectivas raciales y eugenésicas y una situación cultural sometida a la tensión entre la textura de una sociedad atada al pasado y los imperativos modernos que la atropellaban. Años después, el salubrista más importante del siglo xx colombiano, Héctor Abad Gómez, escribió, quizás con demasiado optimismo:

Los técnicos en Salud Pública podemos y debemos aportar a dicho estudio [el de la violencia] el método epidemiológico. Este método ha servido tradicionalmente a la Salud Pública para combatir y destruir a sus enemigos, con gran éxito, como lo prueban sus victorias sobre la viruela, la peste, la malaria y muchos otros azotes del género humano. (Citado en Quevedo et al. 2013d, 183)

En ese contexto, los retos de la salud en Colombia eran mayúsculos y requerían una institucionalidad más robusta; sin embargo, el Sistema de Salud apenas se estaba fraguando. Para el instituto era vital articularse de mejor manera a los esfuerzos asistenciales, y ello supuso dos procesos de cambio: un encuadre institucional en el campo de la salud con su adscripción al Ministerio de Higiene y una reorientación de su objeto, que se expresó en el cambio de su nombre, de una denominación que incluía un elemento utilizado en la terapia al de una expresión que contenía claramente el conjunto de saberes y prácticas que abordaban y enfrentaban la enfermedad: Instituto Nacional de Cancerología.

Con la llegada de Laureano Gómez al poder, fue nombrado ministro de Higiene el conservador Alonso Carvajal Peralta, quien prontamente acogió la orden del presidente de incorpo-



rar en su frente las recomendaciones de la Misión Currie,¹¹ en particular la de reorganizar los ministerios para «disminuir el paralelismo de funciones en sus distintas dependencias» (Quevedo 2013c, 177). Ello llevó a la adscripción del instituto al Ministerio de Higiene a partir del 1.º de enero de 1951 por medio del Decreto 3708 (19 de diciembre) de 1950. Los argumentos en el interior de la universidad para esta transformación no fueron menores. Pantoja reconocía que las labores asistenciales del instituto, como ocurría con el Hospital San Juan de Dios, se alejaban cada vez más del sentido puramente docente y académico que guiaba a la Universidad Nacional, porque demandaba no solo más recursos, sino una dirección estatal, ahora más clara con la creación del ministerio del ramo.

Otro cambio fundamental durante esos años fue la expedición del Decreto 1911 de 1951, que creó la Liga Colombiana contra el Cáncer. Este decreto tenía, entre otros propósitos, la centralización de estadísticas, el impulso a una medicina de corte más preventivo y la consolidación de la profesionalización médica que se había abierto camino en la primera mitad del siglo xx. Tanto para la Liga como para el instituto, la creación de órganos de difusión de conocimiento (revistas especializadas, material educativo, etc.) y la realización de grandes campañas preventivas respondían a la creciente preocupación por la incidencia del cáncer en la población y al interés por fortalecer los procesos de formación de los médicos. Hay que recordar que en materia de campañas, en 1950 el *British Medical Journal* publicó el primer trabajo de Richard Doll y Austin Bradford Hill, que relacionaba el cáncer de pulmón con el hábito de fumar (Mukherjee 2011, 310 y ss.). No obstante, para 1954 todavía los profesionales de la medicina no habían asimilado completamente dicha información; por ello, la revista colombiana *Medicina y Cirugía* continuaba publicitando y estimulando en sus páginas el hábito de fumar (Sierra, Tuñón y Simancas 2013, 384). Con la excepción de la Alemania nazi, en ningún país se habían iniciado oficialmente campañas contra el cigarrillo y menos aún contra su publicidad.

11 Lleva el nombre de Lauchlin Currie, economista norteamericano que vino a Colombia como jefe de la primera misión del Banco Mundial y que después asesoró al Gobierno de Laureano Gómez y a otros presidentes en el terreno de las políticas económicas y de desarrollo.

En desarrollo del Gobierno de Gómez, el ministro Alonso Carvajal le pidió la renuncia a la dirección del instituto a su exalumno y amigo César Pantoja. De modo que a partir de 1951 fue nombrado como nuevo director el doctor José Antonio Jácome Valderrama, médico bumangués egresado en 1940 de la Universidad Nacional de Colombia y de filiación conservadora. Aunque se ha querido presentar la salida de Pantoja como un proceso cordial, en realidad la dinámica política de aquellos años enseña que, una vez tomado el poder por alguno de los dos partidos, venía a continuación una purga inevitable de funcionarios del partido contrario. La visión de Jácome sobre el clima político de aquellos años y sobre su nombramiento era muy particular, pues si bien intentaba demostrar que no había sido escogido por consideraciones políticas, reconocía que el ministro Carvajal, su amigo de infancia, lo había nombrado sin ser él un experto en cáncer:

Cuando llegamos a este cargo, por la amistad y la confianza inquebrantable de un amigo de infancia que ocupaba en ese entonces el Ministerio de Higiene y no por la intriga o la pasión política, como algunos quisieron sugerir, se dijo que el Gobierno llamaba a individuos incompetentes a estos car-

gos de responsabilidad y se pensó que la cancerología iba a morir en nuestras manos. Si me permitís la confianza de una digresión puramente personal, debo confesar que en ese entonces no era un técnico en cancerología y así hube de confesarlo paladinamente. (Jácome 1953, 99)

La perspectiva de la lucha contra el cáncer que traía el nuevo director estaba a tono con las ideas en boga de la salud pública norteamericana y establecía una similitud en el modo en que se venían enfrentando las enfermedades infectocontagiosas, es decir, el modelo de la campaña de estilo bélico contra un enemigo dado. Para Jácome, la lucha contra el cáncer debía ser organizada por los gobiernos, no porque fuese una epidemia o infestara ciudades, «sino porque callada y silenciosamente va diezmando los mejores valores humanos, que ya sazonados y maduros, podrían dar los mejores frutos» (Jácome 1953, 96). Enfrentar el cáncer implicaba preparación del recurso humano y organización, además de una coordinación centralizada. Jácome expresaba estas ideas en un evento de clausura del Curso de Cancerología para posgraduados en 1953 y en la inauguración de los nuevos pabellones del instituto, adaptando su discurso al contexto del estado de guerra que vivía el país. En otras palabras, la Violencia colombiana fue la versión criolla que alimentó la analogía militar que se desplegó desde la salud pública norteamericana, para comprender la lucha contra las enfermedades infectocontagiosas; en este caso el enemigo era el cáncer:

Pero como toda lucha y toda batalla debe tener una organización y una orientación definida, debe contar con unidad de mando y con soldados preparados y equipados para vencer. Nada se logrará con organizar guerrillas aisladas —que

Página anterior (arriba): Lauchlin Currie, economista norteamericano que vino por primera vez a Colombia como jefe de la primera misión del Banco Mundial. Fotografía: Harris & Ewing, 1939. Library of Congress, Prints & Photographs Division, [reproduction number, e.g., LC-USZ62-123456].

Página anterior (abajo): sir Richard Doll en 2002. Médico británico que hizo importantes contribuciones a la epidemiología en el siglo XX. Pionero en la investigación que relaciona el tabaquismo con los problemas de salud. Creative Commons.

de guerrillas y guerrilleros ya tenemos una dolorosa experiencia— aunque sus propósitos fueran los mejores. Nada se ganaría con colocar centinelas y dar voces de alarma en un territorio yermo y desolado donde no hubiera personal preparado para defender, o donde el ejército que pudiera luchar, fuera menguado en unidades y en equipo. Nada se ganaría, sino traer el pánico, la confusión, la histeria y el miedo, al emprender luchas aisladas, nobles en el fondo, pero equivocadas en su organización, con lo que se traerían desastres, más bien que beneficios. (Jácome 1953, 96)



José Antonio Jácome,
director del instituto entre 1951 y 1955.

En esa labor era fundamental el INR, percibido por Jácome como una institución muy valiosa por el contexto y lo que se había construido, haciendo una clara alusión a los bonos patrióticos que financiaron la fundación de esta empresa. Por eso afirmaba:

El Instituto Nacional de Radium, tantas veces incomprendido y tantas veces calumniado, ha sido siempre una tribuna del saber. Quizá por haber sido construido con los valores más preciados de los colombianos —joyas que fueron en un principio símbolo de amor y fidelidad y luego, la más noble afirmación de patriotismo— se destaca en el panorama de la medicina nacional como un símbolo de prestigio y como un ejemplo de tenacidad admirable. (Jácome 1953, 93)

También consideraba importante el instituto, porque había sobrevivido a las dificultades de la Violencia y la política, a la estrechez de recursos y a los bajos presupuestos, conservando su propósito de hacer medicina nacional en forma científica y callada, preparando profesionales, produciendo técnicas quirúrgicas y manteniendo viva la radioterapia nacional, «rama de la medicina tan olvidada quizás por lo esquiva pero no por ello menos útil para combatir la enfermedad» (Jácome 1953, 94).

Al recordar a los hombres que habían edificado esa institución y los que lo acompañarían en su gestión, Jácome los elogiaba sin titubeos. Traer sus palabras ayuda a cobrar conciencia de algunas figuras del pasado y otras contemporáneas:

Por eso los nombres de Jaramillo Arango y José Vicente Huertas, de Juan Pablo Llinás, Ramón Atalaya, de Ruperto Iregui y Alfonso Flórez, de Tovar Borda y Rafael Meóz, de Daniel Brigard y Carlos Márquez, de César Pantoja y Rober-

to Restrepo, Rueda Galvis y Montejó, Medina Pinzón y Gómez Martínez, Archila, Andrade y Palacios, Jiménez Arango y Latorre, Bernal Tirado y Ordóñez, Forero Vélez, Barrera y Valencia y otros tantos, no menos respetados y admirados, se confunden en nuestro aprecio y gratitud, con los de estos otros —nuestros colaboradores, compañeros y amigos— Carrizosa y Gaitán, Mendoza, Lozano y Huertas, Consuegra, Cortázar y Medina, Triana, Darnalt, Muñoz y Blanco; Marino, Cuervo Márquez y Jordán; Méndez Castro Duque y Tamayo; Latiff, González Torres y Romero, Cleves, Hakim, Gutiérrez y París; Pachón, Scioville, Forero, Jabón y Bohórquez y aquellos trabajadores infatigables del internado a quienes por solo mencionar sus nombres podrían herirse en su modestia admirable. (Jácome 1953, 95)

Con esa perspectiva, al hacerse cargo de la dirección del instituto, en abril de 1951, Jácome afirmó haber hallado un panorama de pobreza y angustiosa desolación que coincide parcialmente con las apreciaciones de la Misión Humphreys, de 1948, por lo que dirigió su acción a reconstruirlo, ya que solo fortalecido se podría iniciar una campaña contra el cáncer en Colombia, «pero nunca antes, so pena de crear un problema al gobierno y al país, de muy difícil solución inmediata» (Jácome 1953, 95). Y la tarea se hacía más apremiante porque los gobiernos anteriores habían descuidado el cáncer al concentrar su atención en las enfermedades infectocontagiosas.

Con la llegada de Jácome se produjo también el ingreso de nuevos médicos y funcionarios como el doctor Alejandro Hakim Dow, médico cirujano egresado de la Universidad Javeriana, especialista en Cirugía de Cabeza y Cuello, quien asumió como jefe de Cirugía; a esa misma sección se incorporaron Hernán

Rodríguez y Jaime Gómez Echeverri. A gastroenterología se vinculó otro médico javeriano, el doctor Jorge Segura y luego Alberto Escallón, Abelardo Martínez, Carlos Rey León y Hernán Olarte. En urología entró Alfonso Latiff, y en endocrinología, Jaime Cortázar de la Universidad Nacional (Otero 1999, 132-133). Este último le propuso a Jácome la creación de un laboratorio para estudios investigativos, diagnósticos y terapéuticos con los radioisótopos, para lo cual en 1953 Jácome consiguió la apropiación presupuestal. Este laboratorio inició labores en 1955 y así se constituyó en la primera unidad nuclear en el país.

El año de 1952 fue de gran inestabilidad para el sector de la salud en Colombia: con la salida de Laureano Gómez de la Presidencia, el ministro Carvajal se retiró y dio paso al médico Miguel Antonio Rueda Galvis, quien solo estuvo al frente del ministerio hasta abril de ese mismo año, cuando entregó el cargo



El neurólogo Alejandro Jiménez Arango, ministro de Higiene durante el Gobierno de Roberto Urdaneta. En su administración el Ministerio de Higiene pasó a llamarse Ministerio de Salud Pública.

al neurólogo Alejandro Jiménez Arango, quien años atrás había trabajado en el instituto. Este asumió la cartera con el propósito de dar continuidad al proyecto de Jorge Cavelier Jiménez, quien había sido ministro entre 1939 y 1940 y organizado la llamada *medicatura rural*. Jiménez, por su parte, emprendió un conjunto de reformas entre 1952 y 1953 en el campo de la higiene que desembocaron en la constitución de un Ministerio de Salud Pública, que remplazaba al Ministerio de Higiene, creado en 1946, y que estaba a tono con los intereses de algunos salubristas nacionales, con las orientaciones de la Organización Panamericana de la Salud, con los intereses del Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública y marchaba en la misma dirección de las recomendaciones de la Segunda Misión Currie (Téllez 2011, 120-121). Este cambio se formalizó con el Decreto 984 del 16 de abril de 1953 y permitió consolidar el modelo de salud pública diseñado por la Fundación Rockefeller para estos países, en el marco de la política del Buen Vecino de los Estados Unidos, que desplazó el modelo de la higiene social francesa (Téllez 2011, 120-121).

En 1953, el debate sobre el nombre del instituto, que se había abierto desde 1951, se resolvió finalmente a favor de la idea cancerológica. Esta discusión, aunque pareciera trivial, escondía la necesidad de acompañarlo con los cambios científicos de la época que ponían en discusión, de alguna manera, la centralidad del *radium* en el tratamiento del cáncer y estimulaban el interés por abordar de una forma más compleja e integral esta enfermedad. En medio de la controversia surgieron defensores del cambio, que proponían adoptar el nombre de Instituto de Cancerología, y detractores, que consideraban que el término *radium* «disimula bastante el objetivo primordial del tratamiento del cáncer y en cambio el nombre “cancerología” podría con-

tribuir a crear pánico entre los prospectivos pacientes, creando una cierta cancerofobia entre los referidos allí para estudio de lesiones no necesariamente malignas» (Otero 1999, 129). Finalmente, se impuso la idea cancerológica y por medio del Decreto 519 del 27 de febrero de 1953 el INR se transformó en el Instituto Nacional de Cancerología, que pasaba ahora al Ministerio de Salud. Una vez conocido este decreto por la opinión pública y por el gremio médico, las reacciones al nuevo nombre no se hicieron esperar y en la prensa surgió una crítica adobada con otros reclamos que insistían en el atraso de la institución, en su aislamiento, en el carácter arrogante de sus profesionales o una supuesta «rosca» que disfrutaba de grandes sueldos. Se afirmaba, incluso, que su adscripción al Ministerio de Salud Pública incrementaría sus problemas. Parecía un retorno al pasado, al momento de su fundación y a los primeros años de su funcionamiento. La crítica más radical y desconsiderada apareció en un periódico denominado *Diario de Colombia*, dirigido por Juan Uribe Cualla, hermano del médico toxicólogo Guillermo Uribe Cualla, en nota editorial escrita por el también médico Max Olaya Restrepo.

En 1953, el debate sobre el nombre del instituto se resolvió finalmente a favor de la idea cancerológica. Esta discusión escondía la necesidad de acompañarlo con los cambios científicos de la época.

Este galeno elaboró una columna periodística titulada «Cómo se evapora un Instituto», parodiando la expresión empleada por Ángel María Cuervo (hermano del célebre filólogo José Rufino Cuervo) en el contexto de las guerras partidistas de finales del siglo XIX, quien utilizó la expresión «Cómo se evapora una nación» para aludir a la tragedia que para él significaba el resultado de la derrotada revolución conservadora de 1876 en la que había puesto inútilmente sus esperanzas. Así, también, afirmaba Olaya, con las medidas tomadas recientemente en relación con el enfrentamiento y manejo del cáncer en el país, «al suave influjo de un “decreto ejecutivo”, se ha evaporado entre nosotros el Instituto Nacional de Radium» («Cómo se evapora» 1953, 4).

Detrás de estas críticas que retornaban llenas de las imprecisiones y de juicios apresurados, está presente una cierta visión sobre el nuevo INC, sobre el desarrollo de la medicina y sobre la lucha contra el cáncer en el país. Para Olaya Restrepo, la historia del instituto podría resumirse en tres momentos: «el predominio de los fundadores, la cruenta campaña que contra ellos desencadenó y llevó al éxito el funesto señor Molina¹² y, finalmente, el silencioso declinar de estos tiempos que vivimos» («Cómo se evapora» 1953, 4). Este trágico devenir contaba para él con una explicación propia de las dificultades generales que tenía el país para su desarrollo institucional:

[...] un error de perspectiva en todos los planteamientos sociales, científicos o políticos. Nuestros ferrocarriles se

construyen contrariando las fuerzas de la gravedad y de la inercia; nuestras campañas sanitarias nunca se han apoyado en la epidemiología ni en la estadística; error parecido afectó desde los cimientos la orientación de servicio social que alentó la idea creadora del Instituto Nacional de Radium. («Cómo se evapora» 1953, 4)

Las debilidades a las que aludía Olaya Restrepo se relacionaban con el hecho de que desde la apertura misma del instituto, en 1936, y hasta el momento en que él escribe, el país no había logrado consolidar un conocimiento sobre el cáncer, lo cual deja ver que este crítico ignoraba las tesis, los trabajos, las publicaciones, las estadísticas, los eventos, etc., producidos en sus casi veinte años de funcionamiento, así como la labor asistencial que allí se había desarrollado y que era una continuación de la que se había brindado, incluso antes de la apertura del INR, en el Hospital San Juan de Dios. Sus ataques se expresaron del siguiente modo:

Debemos recordar cómo en 1936, cuando se abrieron sus puertas, no se había elaborado, ni tampoco se ha elaborado hasta ahora, la primera estadística nacional sobre morbilidad y mortalidad por cáncer. No se dictaba ni se dicta ahora, cátedra alguna de cancerología en las facultades de medicina en el país; los médicos colombianos todos, a una, eran fatalistas y negativas [sic] frente al cáncer, y, por sobre todo, la gruesa masa popular desconocía rotundamente el A. B. C. de la información cancerológica. («Cómo se evapora» 1953, 4)

Sobre lo que Olaya Restrepo consideraba un casi absoluto analfabetismo en el tema del cáncer, se había erigido, según él, el ins-

12 Alusión a Gerardo Molina, rector de la Universidad Nacional durante una etapa de las reformas liberales de los años treinta y cuarenta, a las que se hizo referencia más atrás.

tituto, en cabeza de un grupo de médicos «fundamentalmente ajenos al cáncer, a quienes previo viaje de estudios de especialización al exterior que ese mismo gobierno les costeara, en plato de plata les sirvió la mejor chanfaina pseudocientífica de que hasta entonces hubiera memoria en los fastos de la medicina colombiana» («Cómo se evapora» 1953, 4). Como lo recuerda Efraim Otero en un artículo de 2010, esta fuerte crítica de Olaya se refería a prebendas otorgadas a los primeros becarios —ya verdaderos especialistas en cáncer cuando escribía Olaya—, pero también se aludía a «las discrepancias de criterio de sus directores; al traspaso al Ministerio de Salud y a que con los privilegiados de su “staff” se hubiesen convertido en “los pontífices de la Avenida Primera” como despectivamente los llamaba, ya que de ahí salían los diagnósticos anatomopatológicos de las muestras de tejidos o biopsias que se enviaban de todo el país» (Otero 2010, 86). El aislamiento del instituto —acusación que venía desde sus primeros años— aparecía en la crítica de Olaya como un reclamo que evidencia una cierta mala fe:

[...] nunca una revista, pero ni siquiera una colaboración en las que por entonces se publicaban; nunca una conferencia; jamás un ciclo o curso de información médica adelantado con el material humano puesto a disposición. Para conseguir entrar al Instituto Nacional de Radium en los primeros diez años de vida había que hacerlo en parihuela o camilla, con un avanzado cáncer de 4to. grado, por la estrecha y escondida puerta que comunica al Instituto con el sub sótano del Hospital San Juan de Dios. («Cómo se evapora» 1953, 4)

Para Olaya Restrepo el instituto se había convertido en una familia encerrada y alejada del problema nacional del cáncer. Ade-

más, en manos de la universidad se había agravado su condición. Estas ideas plasmadas en su artículo comenzaban a plantear extrañas contradicciones, ya que al mismo tiempo que hacía un reconocimiento a la transformación y apertura que le imprimió el rector Gerardo Molina a la Universidad Nacional y al instituto, calificaba la administración de Molina como «funesta». Tampoco es claro si Olaya se solidarizaba con la campaña en contra de sus fundadores o la rechazaba, si exaltaba a Alfonso Esguerra como columna de la renovación del instituto y figura de la medicina colombiana o si lo juzgaba como opositor inicial del INR. Pero, visto con la perspectiva de la distancia temporal e histórica, algo podría rescatarse de este duro artículo: en el trasfondo contenía aspectos críticos que se pueden recoger y que coincidían parcialmente con las observaciones que había formulado la Misión Humphreys. Por ejemplo, Olaya consideraba que para los años cincuenta el instituto vivía —como el país— tiempos tempestuosos, lo cual era una realidad, pues su paso al ministerio exigió un buen número de ajustes que, de todas formas, por complicados y difíciles que fueran, no conducirían necesariamente a su «evaporación», como él lo vaticinaba:

[...] y el Instituto es rescatado de la Universidad y entregado al tan bullicioso como ineficaz Ministerio de Higiene. Naturalmente cambia de director, se declara en todos los tonos que ahora aquel habrá de ser el «Centro Nacional» de la lucha contra el cáncer, y se costea una página de un gran rotativo para prestar una desaforada propaganda de algunas de las figurillas del mundo médico bogotano que a él ingresan. Vienen a continuación las sombras y el silencio. («Cómo se evapora» 1953, 4)

Su crítica al carácter «ineficaz» del recién fundado ministerio no era del todo desacertada; tampoco era falso el deterioro relativo de los equipos y de las costosas instalaciones del ahora INC. Si no avanzaba en lo relativo a la actualización de la tecnología, el instituto quedaría reducido a ser un simple «centro de cirugía», afirmaba Olaya en un tono catastrófico:

[...] el verdadero alcance del Radium en la lucha anticancerosa ha venido muy a menos y los nuevos aparatos para el diagnóstico y tratamiento del cáncer (electrón microscópico, microscopio ultra violeta de reflexión, betatrón, sincrotrón [sic], isótopos radioactivos, ora cargados por medio de la pila atómica, bien por los aceleradores de alto voltaje, etc. Etc. [sic] no aparecen en el Instituto por ninguna parte. Pero ni siquiera llegan a él la revista o el tratado especializados. El Instituto se convierte simplemente en un centro de cirugía. («Cómo se evapora» 1953, 4)

Esta observación, pese a la verdad que encierra en relación con el cambio tecnológico, desconocía el peso mayor que tenía la *radiumterapia* sobre la cirugía en aquellos años, medido por el número de procedimientos realizados en el instituto. Pero atinaba en un sentido: para ese momento el equipamiento inicial estaba comenzando a deteriorarse y se estaba quedando rezagado respecto a los desarrollos internacionales. Un aspecto sobre el cual los directores posteriores tendrían que trabajar.

Además, consideraba que no se contaba con una política de publicaciones: según Olaya, no se había editado hasta ese momento una circular modesta, un folleto, un pequeño manual que incluyera el criterio sobre el diagnóstico precoz del cáncer uterino o de seno en «la sufrida madre colombiana» y tam-

co se había producido un concepto oficial del instituto acerca de trabajos desarrollados por fuera del mismo y sobre la acción de modernos métodos terapéuticos para ese momento, como el uso de la trietilen-melamina, el fósforo radioactivo para el tratamiento del linfoma de Hodgkin y la policitemia vera. Quizás el instituto se quedaba corto en publicar orientaciones relacionadas con los problemas específicos que el país tenía respecto al cáncer, que no estuviera al tanto de las publicaciones de médicos colombianos sobre esta enfermedad y que su investigación fuese muy embrionaria. Pero la criticada institución apenas rondaba los veinte años de existencia en los marcos de un país periférico que enfrentaba problemáticas heredadas y presentes de gran calado.

También se detenía Olaya sobre el silencio del instituto respecto la acción del cigarrillo como agente carcinogénico. Sobre ello recordaba que la idea original de la relación entre cigarrillo y cáncer había sido enunciada por el señor Roffo, «cancerólogo argentino de “cuarta clase”, como soberbiamente lo calificó nuestro Padre y Señor, el dueño de la Pasta Colombia».¹³ Las observaciones críticas de Olaya Restrepo parecían desembocar en un asunto medular, pero hasta cierto punto injusto, cuando atacaba lo que para él era una mala gestión de los directores. Afirmaba que por «negligencia y hasta responsable indifere-

13 Olaya recordaba que el señor Roffo «ha venido a ser redimido de su chifladura anti-tabáquica, la cual le costó su expulsión del Instituto de Medicina Experimental para el estudio y tratamiento del cáncer, por los artículos aparecidos en autorizadas revistas norteamericanas, firmados entre otros por Oschner, acerca de que sí es posible y probable que el tabaco pueda ayudar a desencadenar un proceso tumoral, labial, faríngeo, lingual o bronquial».

cia de los directores del Instituto Nacional de Radium, desde Huertas hasta Jácome Valderrama, ni siquiera nada sabemos los médicos colombianos acerca de la prevención anticancerosa». Pero iba más allá y retomaba lo del aislamiento en que vivía el instituto, pues afirmaba que de su seno no salía nunca «una carta, una historia clínica, un informe histopatológico, un consejo dado a tiempo, una felicitación que estimule, sobre el enfermo que uno ha remitido, pero ni siquiera el regaño o la reprimenda ante el hecho de haber enviado este ya con un voluminoso carcinoma, de cualquier órgano, ya irrescatable» («Cómo se evapora» 1953, 4).

Su artículo terminaba con unas frases lapidarias que constituían una condena de las reformas adelantadas en el terreno del cáncer y que se sintetizaban en el cambio de denominación del Instituto de Radium por el de Instituto Nacional de Cancerología:

[...] los técnicos, magos y mantenedores del Instituto cambian a este su nombre, alocadamente le dan golpes de timón a la llamada «nueva organización» y convierten nuevamente aquel en un cerrado clan de privilegiados, olvidando que una masa de cinco mil médicos y de diez o quince mil enfermos afectados incipientemente del mal, esperan sitibundos, el oportuno consejo, la cama disputada, la acción anticancerosa móvil, democrática, sencilla, sin rotativos, que salve sus vidas. («Cómo se evapora» 1953, 4)

La respuesta del director Jácome Valderrama apareció en el diario *El Tiempo*. En ella rechazaba los duros e injustos señalamientos de Olaya y asumía en tono enérgico y parsimonioso la defensa de los logros y los avances alcanzados por el instituto en sus años de funcionamiento:

No soy yo —y quienes me conocen lo saben— el individuo que toma decisiones «alocadas» como sugiere el articulista. He buscado la asesoría de los maestros, el consejo de los amigos y he estudiado a fondo la organización de instituciones similares en el exterior, en viajes que me he costado yo mismo. No somos los médicos del Instituto de Cancerología un «clan de privilegiados» pero sí consideramos un privilegio el haber servido a nuestros conciudadanos, el haberlos curado muchas veces de sus graves dolencias y el haberlos aliviado. El reconocimiento de ellos vale más que la crítica amarga, acerba y rabiosa de quien desconoce nuestra labor. (Otero 2015, 19)

En su larga respuesta, Jácome citó la frase de Emerson según la cual «los hombres se clasifican en dos grupos: unos son los que trabajan y otros los que critican a los que trabajan». Y desmintió lo afirmado por Max Olaya haciendo no una justificación, sino una defensa de su obra y la de sus colaboradores. Durante varios años Efraim Otero intentó limar las asperezas entre estos dos personajes, pero sus esfuerzos fueron infructuosos como él mismo lo narra en su artículo.

Por medio del Decreto 519 del 27 de febrero de 1953, se creó el Instituto Nacional de Cancerología, que pasaba ahora al Ministerio de Salud.

Lo cierto es que la mayor parte de las críticas de Olaya son, por lo menos, equívocas y parten de un franco desconocimiento del complejo devenir del instituto, así como de los esfuerzos de sus directivos y de todo su personal. Por otra parte, hay que señalar que dichas críticas también se originaron en lo que el mismo Efraim Otero llamó unos años después, el carácter «polémico y argumentativo» que convirtió a Olaya Restrepo en el «gran agitador y fermento para una medicina provinciana que trataba de dormirse prematuramente en sus laureles» (Otero 2015, 19). Ahora bien, detrás de las críticas de Olaya —sea que se consideren equivocadas o un llamado al cambio y la renovación permanentes— emergen dos elementos significativos para la historia de la medicina y del instituto.

El primero, que el énfasis crítico del médico de Mariquita (Tolima) se nutría de su férrea adhesión a la medicina francesa y europea de la que se había apropiado, quizás apasionadamente, bajo la guía de los viejos profesores de la Universidad Nacional y en su paso por España, cuando fue discípulo de Gregorio Marañón y Carlos Jiménez Díaz. Si bien el instituto había nacido bajo el influjo de esa tradición francesa que representaba el polémico Olaya, los cambios experimentados a partir de los años cuarenta bajo el impulso de la medicina estadounidense parecían irritarle, lo que revela una actitud por lo menos paradójica: en nombre de la defensa del pasado exigía, con intenso ánimo polémico y crítico, algo así como «volver al futuro» soñando con el pasado. No es casual que en los años cincuenta, en el país, se haya intensificado la polémica entre los médicos «afrancesados» y los «norteamericanizados», que desembocó en los cambios del pénsum médico de la Universidad Nacional con la llamada «reforma Paredes», en 1959, que significó el triunfo de la biomedicina (Miranda

2017). Una transición inevitable que para Olaya estaría marcada por «el abandono y la ingratitud»:

Colombia es hija espiritual de Francia, lo cual es absolutamente evidente e irrefutable por su medicina. Nuestra medicina fue integralmente francesa hasta el colapso de 1940. Ello hubiera podido continuar; pero somos culpables de dos faltas, el abandono y la ingratitud [...] y por eso volteamos nuestros ojos y nuestros brazos hacia la joven medicina norteamericana. (Olaya 1959, 12)

Otro aspecto en el que Olaya no se equivocaba era el de reconocer que el desarrollo del instituto no había sido fácil hasta ese momento, pero las razones para ello eran más complejas que la decisión de uno u otro director. Atrapado en un campo donde la transformación de los paradigmas médicos producía fuertes tensiones y donde aún no se comprendía plenamente el cáncer ni se contaba con una terapéutica triunfante, el instituto estaba condenado, en cuanto institución pionera, a permanecer en el centro de fuertes polémicas y debates. El uso de las radiaciones, el asomo de la quimioterapia y el papel de la cirugía en el cáncer estaban ajustándose y configurándose internacionalmente y no siempre al ritmo que un flagelo como este exigía. Pero se avanzaba en la investigación clínica y básica, así como en el terreno de los equipos y las tecnologías que por razones estructurales se tomaban un tiempo para llegar a los países periféricos cuyos recursos financieros, además, eran precarios. En ese contexto ¿cómo podía el instituto en aquel momento definir una adecuada articulación de estas aproximaciones terapéuticas y mantener el ritmo de adaptación al mercado tecnológico en un contexto de escasos recursos y frágil institucionalidad? A estas



tensiones se sumaban las propias de la consolidación del campo de la medicina, donde la conformación de grupos de especialidad y de poder, así como la disputa entre personalidades individuales eran el pan de cada día. Adicionalmente, el instituto se enfrentaba a complejos procesos en el marco de un Estado que no terminaba de construirse y reconstruirse. Aspectos como la falta de recursos, los constantes reajustes institucionales, la dinámica del sistema político e, incluso, factores como la violencia y la polarización partidista del país incidían en sus problemas y retos, como se evidenció en los años siguientes.

DE LA RADIUMTERAPIA A LOS ISÓTOPOS RADIATIVOS

El presidente (e) Roberto Urdaneta, en las postrimerías de su mandato, trató de reglamentar la explotación de yacimientos radiactivos en el país, lo que se relacionaba directamente con el uso del *radium*. Esta medida tenía impacto en el campo de la medicina del cáncer, la economía y la seguridad nacionales. El jueves 19 de febrero de 1953, el Gobierno expidió un decreto que establecía que el descubridor de yacimientos de esta naturaleza tendría derecho a un 5 % del producto líquido de lo obtenido durante los primeros diez años («Reglamentada la explotación» 1953, 15). En esa norma se establecieron, además,

El uso de la quimioterapia empieza a tomar más fuerza y sistematicidad en la década de los años cincuenta.
Fotografía: Bill Branson. National Institute of Cancer.

todos los requisitos y procedimientos requeridos para la explotación de este material con el ánimo de incentivar su búsqueda en el territorio nacional. En los días siguientes, la prensa conservadora elogió el decreto y recordó el papel de Marie Curie en el descubrimiento de la radioactividad, destacando las aplicaciones médicas, bélicas y de producción de energía de los elementos radioactivos y anunciando el reciente descubrimiento de uranio en Francia.

La llegada del general Gustavo Rojas Pinilla al poder el 13 de junio de 1953, con el apoyo de sectores liberales, conservadores, empresariales, industriales y de la misma Iglesia fue producto del rechazo a lo que los patrocinadores del golpe llamaron «el desgobierno de Laureano Gómez». Este golpe de Estado no deja de ser una paradoja. En medio de un país que se desangraba a causa de la Violencia, Rojas accedió al solio presidencial sin derramar una sola gota de sangre y desplazó a Laureano Gómez y al encargado de remplazarlo, Roberto Urdaneta. En su primera alocución frente a la nación, Rojas alertó a los colombianos sobre la necesidad de defender las instituciones y señaló el camino que se debía recorrer bajo el eslogan de Paz, Justicia y Libertad. Su frase «La Patria no puede vivir tranquila mientras tenga hijos con hambre y desnudez» fue una señal del tipo de proyecto de corte populista que se materializó en un programa de Gobierno teñido de reformismo de estilo militar. Parecía inspirado en las ideas de Juan Domingo Perón, quien había accedido al poder en Argentina un año antes. Rojas propuso reformas sociales y un desarrollo económico cobija-

do bajo el imperio superior del «Orden» y acompasado por la alianza del Ejército y la Iglesia. Su programa se planteó como un «movimiento cristiano nacionalista» para el progreso social y económico del pueblo colombiano, una mezcla entre la doctrina social de la Iglesia católica y el ideario del Libertador Simón Bolívar. Su irrupción en el poder por la vía del golpe de Estado («de opinión» dirían algunos) promovió el desarrollo de la infraestructura, las telecomunicaciones, el transporte, la educación y la modernización del Ejército. Pero su programa y su acción gubernativa inicial no involucró directamente al INC.



El general Gustavo Rojas Pinilla asumió el poder en 1953. Fotografía: *El Colombiano*, junio 14 de 1953.

En el contexto de la nueva situación política creada por el golpe de Estado, la gestión de José Antonio Jácome hasta ese momento en el instituto —realizada en parte durante el primer año del mandato de Laureano Gómez, luego con Urdaneta y durante algunos meses con Rojas— mostraba para finales de 1953 avances importantes, gracias a la decidida ayuda de los ministros Alonso Carvajal Peralta, Maximiliano Rueda Galvis, Alejandro Jiménez Arango, Alfonso Tarazona y Bernardo Henao Mejía, quienes estaban al frente de diferentes carteras. De acuerdo con el informe y la descripción de Jácome, al recibir la dirección, los pabellones del hospital del instituto eran apenas una estructura de cemento en cinco pisos que fue necesario modificar y adaptar. En ella vivían en difíciles condiciones unos pocos enfermos. Durante su dirección, esos pabellones se concluyeron y se entregaron en 1953, gracias a los recursos conseguidos por él mismo (Jácome 1953). El nuevo edificio contaba con seis pisos, 126 camas —de las cuales 91 estaban destinadas a pacientes sin capacidad de pago— lo que permitió la descongestión del primer edificio del instituto, garantizar el ingreso de enfermos de bajos recursos y generar más espacio para nuevos equipos y futuros desarrollos técnicos.

Pero, además de concluir la obra física, la administración de Jácome dotó las instalaciones del instituto con camas, muebles, ropas y vajillas, equipos e insumos médicos en cantidad suficiente, al menos para las condiciones del momento; entregó un artefacto de radiodiagnóstico, el mejor que podría existir en ese momento en el país, y renovó los siete equipos de radioterapia, cuatro de los cuales estaban inutilizados y abandonados. Se dotó, igualmente, la sala de cirugía con una mesa quirúrgica, una lámpara cialítica, un aparato de anestesia por gases, además del instrumental adicional requerido; se adquirió un equipo para una



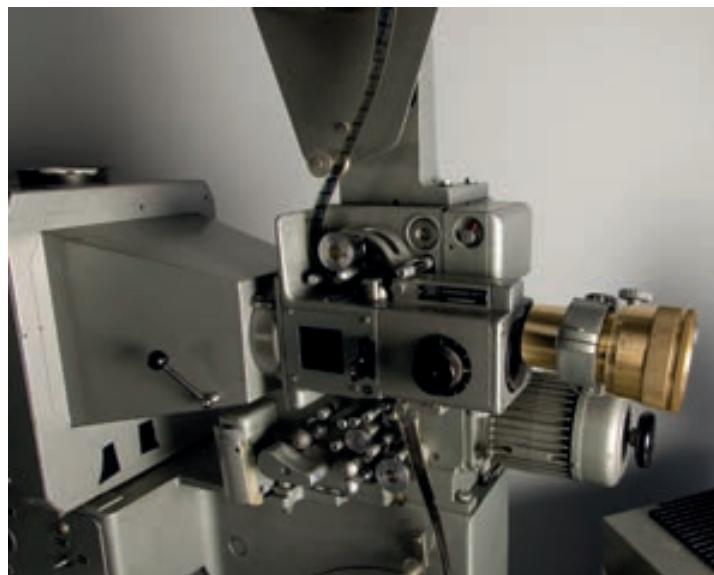
Central de Esterilización, una unidad de endoscopia completa y moderna para el momento, un equipo para el uso de isótopos radioactivos, elementos para los laboratorios y los consultorios, además de microscopios, cámaras de proyección microscópica, aparatos electrónicos de succión, colpostatos, equipos para el Banco de Sangre y un conjunto lujoso y completo de calderas, calentadores, cocina, lavandería y planchaduría, que permitieron aumentar el cupo para enfermos (Jácome 1953).

En lo que tiene que ver con la planta física, según el mismo informe de Jácome, se adelantó la construcción del Laboratorio de Isótopos Radioactivos, del local para la instalación de un servicio de lavandería renovado y de una nueva sala de autopsias, elemento indispensable para el progreso médico-técnico y de docencia de la institución, todo lo cual se concluyó entre los meses finales de 1953 y los de comienzos de 1954. Pero en me-

El edificio del Instituto Nacional de Cancerología ha tenido distintos cambios y ampliaciones a lo largo de su historia. Fotografía: Archivo INC.



dio de todos estos avances quedaban tareas pendientes, como era el caso de la futura ampliación de espacios aptos para enfrentar la creciente demanda de servicios de un país en crecimiento y cada vez más interconectado por una red de transportes que se transformaba, aunque en forma aún insuficiente. Si en esos años se había aumentado su capacidad de 50 camas a 125, todavía no se podía atender la gran cantidad de enfermos proveniente de regiones lejanas que llegaban solicitando servicios de hospitalización (Jácome 1953). Es más, como afirmaba Jácome, incluso si se aumentara ese cupo a 150 camas, la capacidad máxima de los edificios de ese momento sería insuficiente frente a una demanda asistencial en crecimiento. Por ello sugirió la conveniencia de adquirir el extenso lote contiguo que



Elementos de museología, INC.



lindaba al oriente con el edificio original, donde podría levantarse un *monoblock*, al estilo del hospital moderno, que permitiría ampliar los servicios y generar otros tantos espacios para los laboratorios de investigación y la clínica de prevención, entre otras necesidades.

Este crecimiento hacia adentro en infraestructura requería complementarse con una proyección nacional del INC que permitiera aumentar los servicios de diagnóstico y tratamiento en las diferentes regiones del país. Para ello, se había dado en préstamo alguna cantidad de *radium* a Medellín, Manizales, Cartagena, Cali y Bucaramanga, en instituciones filiales en cuanto a orientación científica, pero con entera independencia económica. También era imperativo que la campaña de lucha contra el cáncer ganara ante el Gobierno nacional la misma significación que tenían la campaña anti-tuberculosa, la lucha antimalárica, la campaña antileprosa y antiamarílica y otras más que eran asumidas por el Estado, sin desconocer el papel que podrían desempeñar los actores privados en todas ellas.

En cuanto a la labor docente del instituto, se registra la culminación exitosa en 1953 del Curso de Cancerología para Posgraduados que contó con la asistencia masiva del grupo de médicos de la Higiene Municipal de Bogotá, los que participaron con gran interés y entusiasmo. Según Jácome, ello hablaba muy bien de «la calidad de los hombres en cuyas manos hábiles y en cuyas mentes claras está la salud del pueblo y de la sociedad de la ciudad capital de la república» (Jácome 1953, 98). Sobre la importancia de este curso expresaba:

He considerado siempre que estos cursos de cancerología son el primer paso en la lucha contra el cáncer y por ello nos halaga y nos complace, ver que el señor Alcalde Mayor de la ciudad, Coronel Julio Cervantes y su Secretario de Higiene, Dr. Andrés Rodríguez Gómez, han tenido especial interés y

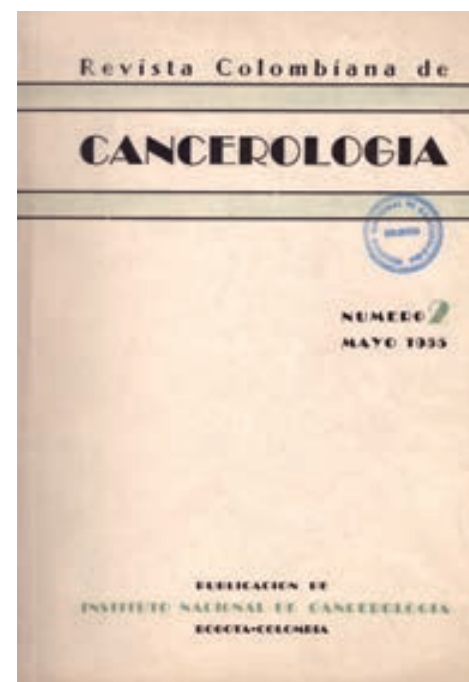
En el curso de Cancerología, llevado a cabo en 1953, participaron masivamente médicos de la Higiene Municipal de Bogotá. Fotografía: Archivo INC.

han seguido con particular entusiasmo la preparación que los médicos oficiales de Bogotá hayan podido recibir en él. Yo, a nombre del Instituto debo agradecer tal distinción. (Jácome 1953, 98).

Tan importante como el avance material era la obra científica que se habría cumplido durante los dos años que llevaba la administración de Jácome. A las reuniones científicas periódicas se sumaban tres cursos de cancerología dictados en años consecutivos; tesis distinguidas con las mejores calificaciones, realizadas en el instituto por médicos internos; trabajos científicos presentados en congresos médicos nacionales y extranjeros, y becas obtenidas en el exterior para el personal del INC. La labor científica se reforzó con el surgimiento en 1953 de la *Revista Colombiana de Cancerología*, que propuso no solo un nombre derivado de la nueva denominación de la institución, sino que pretendía, además, mantener una mayor continuidad en el tiempo y, como se manifiesta en el editorial del primer número, tenía unas «mayores aspiraciones nacionales» con la publicación de tesis de grado y otros manuscritos elaborados por médicos en formación (Jácome 1953).

En este año se incorporaron al INC los médicos Arroyo Constantín, Francisco Espinel, Guillermo Gómez Calderón, Jorge Campbell y Augusto Buendía Ferro. En términos terapéuticos, particularmente en lo quirúrgico, durante esos años se impuso el modelo de la cirugía radical, siguiendo la pauta de la mastectomía, que gozaba de gran acogida en el plano internacional. Eran frecuentes también los vaciamientos de cuello, las resecciones abdominoperineales, las adrenalectomías e incluso las hemipelvectomías. Pero también fue el tiempo en que se inició la planificación y la construcción de un departamento de isótopos radioactivos en contacto muy cercano con la Comisión Estadounidense de Energía Atómica, para dar licencia en el manejo de esa actividad. A estas alturas del relato aparece el doctor Jaime Cortázar, quien remplazó a Jácome en la dirección del INC, en 1955.

Cortázar fue importante en el instituto desde antes de acceder a la dirección, pues lideró la constitución de un comité de isótopos radioactivos en usos humanos con la participación de Mario Gaitán Yanguas, como jefe de Radioterapia, Rafael Carrizosa y César Mendoza, como hematólogo y jefe del Laboratorio Clínico, respectivamente.



Acorde con el cambio de nombre del instituto, el Boletín del INR pasó a llamarse *Revista Colombiana de Cancerología*, en 1953. Biblioteca INC.



En esos años las terapias medicamentosas (quimioterapia) tuvieron importantes desarrollos en el mundo, lo que repercutió en el INC con aplicaciones concretas. Gonzalo Montes realizó experiencias pioneras en leucemias infantiles con ésteres pirofosfóricos de tiamina, en infusión venosa, con remisiones importantes del cáncer en algunos casos. A mediados de esta década, Gaitán Yanguas empleó la actinomicina C, un antibiótico que al inhibir la síntesis de ARN a partir de las ARN-polimerasas, producía acción antitumoral en pacientes con enfermedad de Hodgkin. Otros tres medicamentos llegaron en esta época al país y fueron probados en el instituto: el busulfano o myleran, como antileucémico; el endoxán, otro derivado de la mostaza nitrogenada, útil en los linfosarcomas, como lo mostró un estudio de Gaitán y Rosas, y el E-39, estudiado previamente por Gaitán, experiencia que fue publicada en la *Revista Unidia*.

Si bien Jácome resaltaba la importancia de los aspectos tecnocientíficos en la labor asistencial, detrás de todos estos logros en infraestructura, dotación, docencia y proyección nacional, no olvidaba que la lógica de la beneficencia seguía rondando por el instituto encarnada en las Hermanas de la Caridad. Afirmaba que todo lo logrado no «hubiera sido posible sin la colaboración de médicos, técnicos de laboratorio, secretarías, enfermeras, personal administrativo y auxiliares del servicio doméstico, todo ello conducido en su marcha interior por esas dueñas de casa, admirables y santas que son las Reverendas Hermanas de la Caridad» (Jácome 1953, 98).

Por estos años de mediados del siglo xx, el servicio asistencial presenta una dinámica que expresa las variaciones que se daban en la atención del cáncer en el país desde que empezó a funcionar el instituto. En primer término, se constata que antes de la década de los cincuenta cerca del 35 % de los pacientes tratados en centros oncológicos especializados no tenían cáncer (Cardona, Reveiz y Ramos 2005, 46). Ello podría indicar que la población con cáncer no era mayoritaria o bien que no estaba llegando a los hospitales; también podría sugerir que los centros de tratamiento oncológico atendían de forma amplia otras patologías en las que se utilizaban recursos diagnósticos y

Mario Gaitán Yanguas fue jefe de Radioterapia del INC, bajo la dirección del doctor Jaime Cortázar, e hizo parte del comité de isótopos radiactivos en usos humanos. Fue director del INC de 1957 a 1974. Fotografía: Archivo INC.

34

42

Diagnosis No.	DIAGNOSTICO
1	EMPOISONAMENTO LARVO INTRACORPOREO - INFECCOES
2	EPITELIOMA BERCER EPIDERMICO.
3	
4	
5	

20

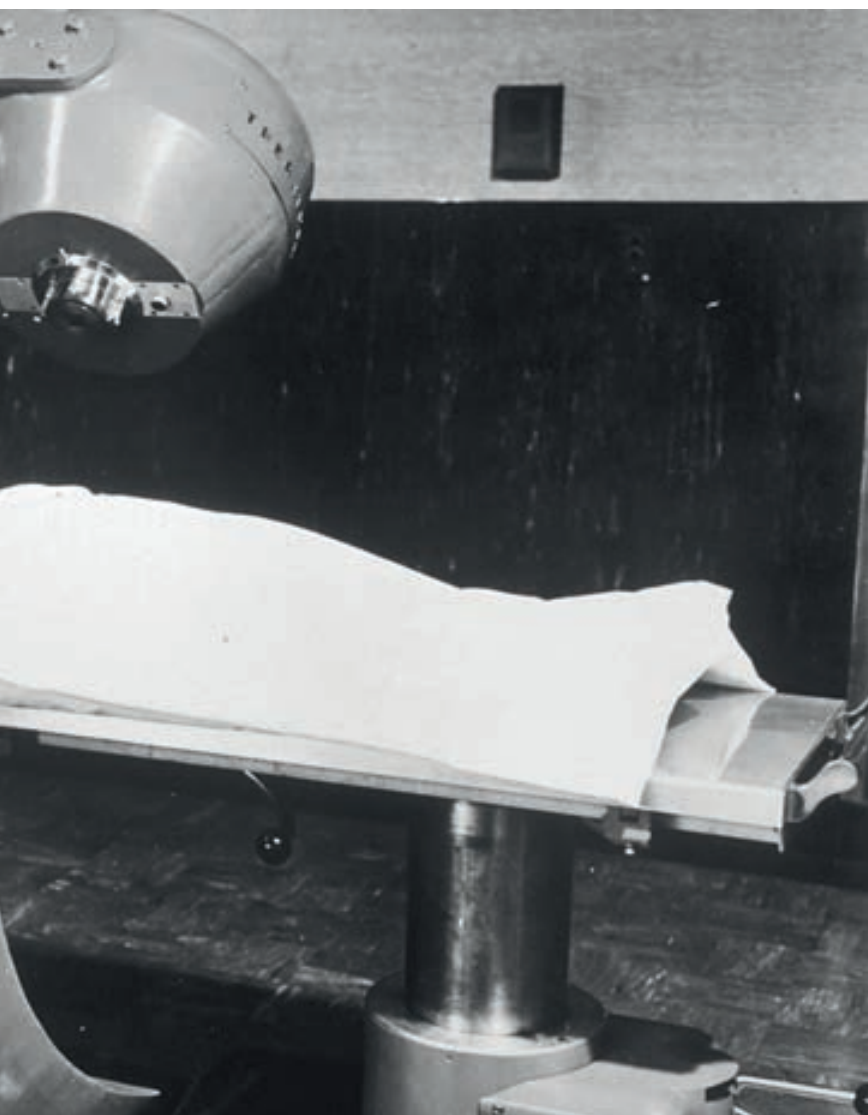
271
INC

terapéuticos propios del cáncer, como era el caso de los rayos X. Pero lo cierto es que ya para los años cincuenta, el instituto había atendido más de treinta mil personas, por lo que se contaba con igual número de historias clínicas, mecanografiadas y dotadas de fotografías, hojas de radioterapia y exámenes de laboratorio, las cuales fueron celosamente preservadas durante más de treinta años en sus sobres azules o de color manila por Josefina («Pepita») González, uno de los personajes emblemáticos de la institución (Otero 1999, 136). Como refiere Otero, tanto la administración de Pantoja como la de Jácome entronizaron un ambiente de cordialidad colectiva y cooperación médica en el instituto, que incluía la invitación a los médicos para que refirieran y presentaran sus casos en este ámbito científico y asistencial y participaran en juntas o reuniones para la discusión de estos y otros casos.

Llegado el año 1955, el Departamento de Radioisótopos se encontraba casi listo. La primera administración de yodo 131 a una paciente para estudiar su función tiroidea se hizo ese año y coincidió con la apertura definitiva de ese Departamento. Estos hechos inauguraron los servicios de medicina nuclear. Años después, el Departamento de Radioisótopos cambió su nombre por el de Sección de Radioisótopos y Endocrinología, bajo la jefatura del doctor Efraim Otero; posteriormente, se consolidó como Servicio de Medicina Nuclear e incluyó los servicios de imágenes diagnósticas y el programa de Especialización en Medicina Nuclear, en 1977. Si bien los isótopos habían empezado a emplearse en el instituto desde 1950 —cuando el Dr. Mario Gaitán Yanguas aplicó por vía intraperitoneal la primera dosis de oro 198 para tratar a una mujer que presentaba ascitis por metastásis—, fue con la llegada de Jaime Cortázar, formado en Boston bajo la influencia de los últimos avances en medicina



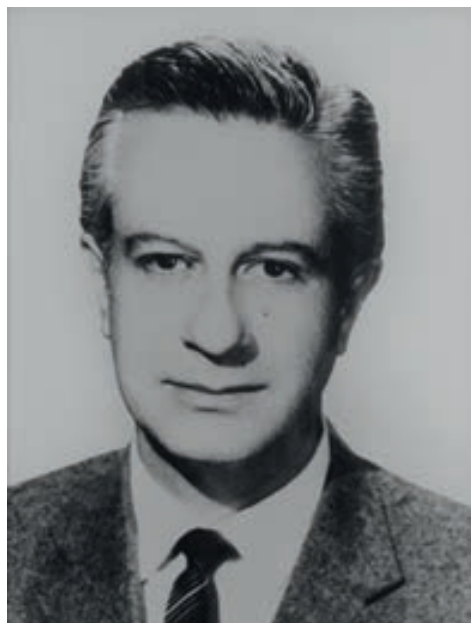
Mujer recibiendo tratamiento contra el cáncer con cobalto.
Fotografía: autor desconocido. National Cancer Institute.



nuclear, que se impulsó allí este tipo de tratamiento. El mismo doctor Otero relata cómo la Comisión Estadounidense de Energía Atómica y el Massachusetts General Hospital lo asesoraban a él y al doctor Cortázar con publicaciones y en las gestiones para el envío de radioisótopos y para los ajustes técnicos en los equipos del instituto para poder aplicarlos.

CAMBIOS EN EL INSTITUTO Y FIN DEL RÉGIMEN MILITAR

En 1955, las tensiones internas y externas del régimen de Rojas afectaron al instituto. Este Gobierno fue pasando entre 1954 y 1955 de la simpatía popular al desprestigio, debido a varios incidentes públicos graves, lo cual hizo que lo que había sido asumido inicialmente como un gobierno militar producto de un golpe de opinión comenzara a tomar la forma de una dictadura. El asesinato de algunos estudiantes universitarios el 8 y 9 de junio de 1954, las censuras a la prensa y otras acciones hostiles del régimen dividieron a los colombianos. En el instituto, los seguidores de Rojas, en cabeza del doctor Alfonso Bonilla Naar, decidieron organizarle un ágape al general, de asistencia obligatoria para quienes ocuparan cargos oficiales, lo que produjo el rechazo del director Jácome. Al negarse a poner la cuota para el evento y no participar en este acto, como tampoco lo hicieron los funcionarios del INC, Jácome sentenció su salida de la dirección del Cancerológico (Otero 1999). En su remplazo llegó a la dirección el endocrinólogo Jaime Cortázar, quien tomó posesión en mayo de 1955 en un contexto de crisis hospitalaria que quedó en evidencia en el Semina-



rio Interamericano de Hospitales, realizado en Bogotá. En este evento se informó que el país solo contaba con camas para atender a la mitad de la población y se hizo referencia a la situación del instituto, «ese centro, por tantos conceptos digno de apoyo, ya es estrecho para las necesidades, cada día más apremiantes, del país» («Un país sin hospitales» 1955, 15).

Durante la administración de Cortázar llegaron al instituto los primeros equipos para el Departamento de Radioisótopos:

Un sistema de pipeteo a distancia para transvasar o diluir radioisótopos y un escalímetro de tubos de vacío para contar las radiaciones en escalas progresivas de diez. Este equipo se conectaba al detector, un tubo de Geiger-Müller instalado en una ventana de plomo especial colocada sobre un banco: con el paciente sentado al frente se enfocaba dicha ventana sobre la región anterior del cuello y así se medía la captación del yodo radioactivo en la glándula tiroides. El mismo tubo servía para medir la radioactividad presente en la orina de los pacientes. (Osorio 2004, 42)

Los ladrillos y blindajes de plomo instalados en el instituto fueron fabricados por artesanos de la capital; con su regla de cálculo en la mano, Cortázar iba dando cada indicación. La llegada de los radioisótopos, generalmente en las noches, implicaba movilizar varios médicos al aeropuerto para recoger la carga, retornar al instituto, hacer las diluciones y medir la radioactividad para atender en la mañana a los pacientes, la mayoría de ellos provenientes de la consulta privada, que pagaban su atención. Los dineros producto de esta venta de servicios fueron destinados a un «Fondo especial de radioisótopos» manejado con pulcritud por Cortázar y destinado —la mayoría de las veces— a suplir gastos de emergencia que no daban tiempo de

Arriba: entre el 8 y el 9 de junio de 1954 varios estudiantes universitarios que marchaban pacíficamente fueron asesinados por la fuerza pública, durante la dictadura de Rojas Pinilla. *El Tiempo*, junio 9 de 1954.

Abajo: el doctor Jaime Cortázar, médico cirujano y especialista en endocrinología, fue nombrado director del INC en 1955. Fotografía: Archivo INC.

entrar en los largos y difíciles procesos burocráticos de obtención de recursos (Osorio 2004).

El informe de labores de 1956, firmado por el doctor Jaime Cortázar, da cuenta del personal no científico-técnico que ocupaba cargos como administrador, contador, pagador y almacenista, así como capellán, portero, telefonista, mecánicos y ascensoristas; además, estaban los de jardinero, oficial auxiliar, mensajero chofer y bibliotecaria, con asignaciones que iban desde los 120 pesos devengados por los ascensoristas hasta los 600 pesos mensuales que ganaba el administrador (Osorio 2004, 40). A ello se sumaban las cocineras, una jefe y 45 auxiliares con asignaciones diferenciadas, 75 pesos para la primera y entre 45 y 50 para las segundas.

En general, el balance económico del instituto en 1956 (entre el 1.º de enero y el 31 de diciembre) muestra una evolución interesante de las rentas y de los servicios prestados a empleados, funcionarios y a los particulares, que generaban ingresos para la institución (AINC 1957, f. 1). En la tabla 23 se registran las cuentas generales del instituto y en la 24 se presentan en detalle las instituciones y los valores de las cuentas por cobrar que no se habían recuperado al 31 de diciembre de 1956. La tabla 25 muestra un resumen de las rentas correspondientes al pago realizado por los pacientes, según su categoría. Hay que recordar que buena parte de los enfermos quedaban en la categoría E, que no pagaban.

Las cuentas por pagar en 1956 totalizaban 13 013,02 pesos, en general comprometidos en la importación de equipos e implementos, y una pequeña parte para el pago de algunos servicios y seguros. Estas cuentas se adeudaban a empresas como International General Electric, Laboratorios JGB Ltda., Empresa de Teléfonos de Bogotá D. E., Curaçao Trading Company, Repre-

Tabla 23. Ingresos del Instituto Nacional de Cancerología

Concepto	Valor
Remesado a la Tesorería General de la República	61 321,74
Saldo disponible en el Banco Popular, sucursal San Agustín a 31 de diciembre de 1956	79 874,65
Total de cuentas por cobrar a 31 de diciembre	15 040,36
Valor total de las rentas	156 236,75

Tabla 24. Ingresos por rentas del Instituto Nacional de Cancerología

Institución	Valor de la cuenta por cobrar
Fuerzas Armadas de Colombia	6397,29
Caja Nacional de Previsión	1023,00
Ferrocarriles Nacionales	2680,12
Gobernación de Cundinamarca	1760,60
Instituto de Seguros Sociales de Santander	45,00
Acerías Paz del Río	1375,80
Instituto de Fomento Municipal	710,00
Instituto Colombiano de Seguros Sociales	1048,55
Total	15 040,36

Tabla 25. Rentas obtenidas en 1956 por la atención a pacientes de las diferentes categorías

Resumen de rentas por categoría	Valor
Categoría A (pago total)	60 015,00
Categoría B (paga el 75 %)	45 675,00
Categoría C (paga el 50 %)	26 496,75
Categoría D (paga el 35 %)	9540,00
Categoría E (no paga)	-
Radiografías, tratamientos ambulatorios	14 510,00

Tabla 26. Gastos de presupuesto de 1956

Concepto	Valor
Sueldos y prestaciones pagadas en el año	344 254,64
Gastos de alimentación	171 641,20
Gastos en medicamentos	109 743,43
Gastos en elementos de laboratorio	16 470,02
Gastos en material quirúrgico	16 163,20
Gastos en dotación general, compra de muebles y otros	45 917,08
Gastos en reparaciones locativas	21 319,31
Gastos en ropería y lavandería	5551,80
Gastos en combustible, teléfono y otros	33 458,26
Total	764 518,94

Fuente de tablas 23 a 26: construidas con base en el *Informe anual de labores* de 1956 (ACH-UNAL-SB).

sentaciones Marítimas Ltda. y la compañía Suramericana de Seguros. Finalmente, los gastos de presupuesto muestran una estructura en la cual la mayor carga derivaba del pago de sueldos y prestaciones al personal, de la alimentación y de los medicamentos (tabla 26).

Si se atiende a la relación entre rentas percibidas y los gastos, se aprecia que para cubrir los 764 518,94 pesos de gastos del instituto las rentas solo aportaban 156 236,75 pesos, es decir, el 20,4 % de lo requerido, por lo que el Estado aportaba el 79,6 % de los recursos para sostener una institución que en su carácter público, dependiente del ministerio, podía contar con este tipo de estructura de financiamiento. De hecho, el INC lograba generar unas rentas superiores a las de muchas otras instituciones hospitalarias de esta época.

En 1956, el instituto adquirió un detector de centelleo que, como muchos otros equipos importados, requirió la labor de artesanos bogotanos que trabajaban el hierro o el plomo para adaptar montajes ajustados a las condiciones de tales equipos. El mismo año apareció el primer libro que compilaba las copias de los protocolos de autopsia en el INC. El primer procedimiento consignado allí se registró el 5 de febrero con el número de historia clínica 35958 y fue realizado a una mujer de cincuenta años de edad con diagnóstico clínico de carcinoma escamocelular de cuello uterino. En total, de las 34 autopsias realizadas en 1956, 10 se llevaron a cabo en pacientes pediátricos y 24 en adultos.

En abril de 1957, mientras Otero, Gaitán Yanguas y Cortázar asistían al Primer Simposio Latinoamericano sobre Usos Pacíficos de la Energía Nuclear patrocinado por la Comisión Estadounidense de Energía Atómica y realizado en Nueva York, se producía un cambio de dirección en el Gobierno colombiano.

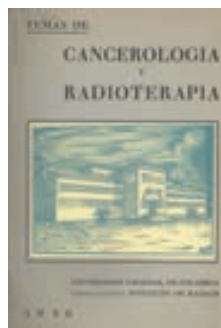
Los mismos dirigentes liberales y conservadores, así como los industriales y empresarios que habían llevado a la presidencia a Rojas en 1953 para conjurar lo que consideraron excesos y problemas del Gobierno de Laureano Gómez, acordaron su salida del poder el 10 de mayo de 1957 con la ayuda fundamental del movimiento estudiantil. Ya para ese año, Rojas no solo se afirmaba como una suerte de dictador a la colombiana, sino que pretendía prolongar su mandato por cuatro años más, a partir de 1958. Pero el bipartidismo, en cabeza de un Laureano más moderado y un Alberto Lleras conciliador, forjó un pacto de coalición que dio lugar al Frente Nacional.



Mariano Ospina Pérez

Presidente de la República
(agosto 1946 – agosto 1950)

1946



- Se publica el libro *Temas de Cancerología y Radioterapia*, el cual recoge las experiencias del curso libre de Cancerología dirigido por el doctor Esguerra.



- Se utilizan las primeras técnicas diagnósticas en el laboratorio clínico.

1949

- Primeros ensayos clínicos con el uso de ésteres pirofosfóricos de tiamina por vía parenteral en pacientes pediátricos con leucemia.

- Luego del descubrimiento del primer agente quimioterapéutico moderno, el instituto administra la primera dosis de quimioterapia con mostaza nitrogenada.

- El Decreto 3708 de 1950 adscribe el Instituto Nacional de Radium como dependencia del Ministerio de Higiene.

1948



- Aparece el *Boletín del Instituto Nacional de Radium*, que circuló durante dos años.
- Visita del doctor Salvatore Lucia, quien dicta las conferencias «Tratamiento de leucemia» y «La quimioterapia en cirugía».

- Se inaugura el servicio de Gastroenterología y de Cirugía Oncológica.

- Se programan las primeras reuniones científicas semanales para discutir los casos difíciles.

1950



- Se inaugura el Banco de Sangre, el primero en su género en el país.



Laureano Gómez

Presidente de la República
(agosto 1950 – noviembre 1951)



Roberto Urdaneta Arbeláez

Presidente de la República
(noviembre 1951 – junio 1953)

1951



- II Curso de Cancerología. Temáticas tratadas:
Interpretación del laboratorio clínico en cancerología;
hemograma, linfograma, mielograma y esplenograma.

- Se inaugura el servicio de Medicina Nuclear, el primero de su tipo en el país.
Se administra la primera dosis de oro 198.



José Antonio Jácome

Director del INR
(abril 1951 – julio 1955)



- Se inaugura la Sección de Isótopos Radiactivos y Endocrinología con la primera aplicación de yodo 131.

- Se inaugura el «Pabellón de Pobres».
- El Decreto 1234 de junio 5 de 1951 organiza la Dependencia del Ministerio de Higiene denominada «Instituto Nacional de Radium» para asumir nuevas funciones.
- El Decreto 1911 de septiembre 13 de 1951 crea la Liga Colombiana Contra el Cáncer como anexa al Ministerio de Higiene.



Gustavo Rojas Pinilla

Presidente de la República
(junio 13, 1953 – mayo 10, 1957)

1953

- El Decreto 0982 de 1953 organiza el Instituto Nacional de Cancerología, dependencia del Ministerio de Higiene. Deroega el Decreto 1460 de 1952.
- Se conforma el primer comité de isótopos radiactivos para usos humanos, a cargo del doctor Efraim Otero Ruiz.
- Se inaugura el servicio de Seno, Melanoma y Partes Blandas. Se empieza a manejar el concepto de mastectomía radical.

1952

- El Decreto 1460 de julio 1.º de 1952 reorganizó el Instituto Nacional de Radium.



- El Instituto Nacional de Radium cambia su nombre por el de Instituto Nacional de Cancerología.



- Aparece la *Revista Colombiana de Cancerología*, con tres ediciones. Solamente circuló durante un año y medio.

1954

- Se contrató a un radiofísico para el control y la calibración de equipos y la planeación y cálculo de los tratamientos. Se adquirieron aparatos de dosimetría.



Mario Gaitán Yanguas

Director del INC
(noviembre 1957 – septiembre 1974)



- Se fomenta la enseñanza de la medicina nuclear, conocida como la «nueva arma médica».



1957

1956



Jaime Cortázar García

Director del INC
(agosto 1955 – octubre 1957)

- Se organiza el primer curso de fundamentos físicos y biológicos de la radioterapia.
- Se inicia la especialización en radioterapia.



Junta Militar

(mayo 10, 1957 – agosto 7, 1958)



- Las mujeres pueden votar por primera vez en Colombia.



CAPÍTULO 6

El Instituto Nacional de Cancerología en tiempos de consolidación del Sistema de Salud en Colombia, 1958-1969

Alberto Lleras Camargo es ovacionado en la Plaza de Toros, en enero de 1956. Esta manifestación y la rechifla contra la hija del general Rojas Pinilla dieron lugar a una matanza en la misma plaza, una semana después, y configuraría, junto con otros hechos, la caída de la dictadura de Rojas y el inicio del Frente Nacional. Fotografía: *Gran Enciclopedia de Colombia*, Círculo de Lectores, 2007.

LA SALIDA DEL PODER DE GUSTAVO ROJAS PINILLA, EN 1957, y el advenimiento del Frente Nacional abrieron las puertas para una transformación en la conducción del Estado y para poner en sintonía los proyectos de modernización con el retorno del juego democrático. El vacío de poder que dejó el general Rojas fue copado por una Junta Militar provisional que debía gobernar hasta que pudieran realizarse nuevas elecciones presidenciales. Con el fin del gobierno militar terminaban también —se esperaba— los turbulentos años de la Violencia partidista (1948-1957) y se anunciaba una era de paz, reconciliación y progreso nacional. Durante una parte de estos años se había cumplido el proceso de reforma del instituto liderado por César Augusto Pantoja (1944-1951), que estuvo marcado por aciertos y sobresaltos, como se vio en los capítulos 4 y 5 de esta historia. Vinieron luego dos brevísimos periodos de comando directivo en lo que ahora se llamaba Instituto Nacional de Cancerología que trataron de mantener la nave a flote, como en efecto sucedió: el de José Antonio Jácome Valderrama (1951-1954) y el de Jaime Cortázar García (1955-1957). Es dable pensar que ya el navío había adquirido

la solidez necesaria para soportar nuevas tempestades y, sobre todo, para navegar viento en popa por las aguas más tranquilas que anunciaba el cambio de régimen para el conjunto de la vida institucional del país. En 1957, tras la renuncia de Jaime Cortázar de la que podría llamarse la dirección de transición, asumió como director Mario Gaitán Yanguas, quien estuvo a cargo durante diecisiete años, hasta 1974. En el momento en que Gaitán se posesionó, el país vivía un clima de reconciliación. Algo de esto marcaba el accionar de la nueva administración, por lo menos en el campo de la cancerología. En palabras del doctor Julio Ospina, con Mario Gaitán volvió la radioterapia al instituto, después de que las administraciones de Pantoja y Jácome pusieran el acento en la cirugía: «esto permitió que las dos corrientes —radioterapia y cirugía— dejaran de competir y empezaran a colaborar entre sí» (Entrevista a Ospina 2019, 3).

A la Junta Militar provisional le siguió el primer gobierno del Frente Nacional, presidido por el liberal Alberto Lleras Camargo. Esta coalición se concibió como un régimen de poder compartido entre liberales y conservadores que fue legitimado constitucionalmente por el plebiscito de 1957, en el que votaron por primera vez las mujeres en Colombia. Dicho régimen bipartidista se comenzó a diseñar en las reuniones sostenidas por Lleras y Laureano Gómez en el exterior, incluso antes de la salida de Rojas Pinilla del poder. Estos encuentros entre los líderes de los partidos Liberal y Conservador habrían sido impensables unos años antes. Sin embargo, la búsqueda de soluciones para los grandes problemas que enfrentaba el país, así como la urgencia de retomar el control del Estado por parte de las dos colectividades políticas tradicionales facilitaron el acercamiento. Además, para estos líderes y los poderes fácticos que ellos representaban, la hegemonía



Las mujeres colombianas votaron por primera vez en el plebiscito de 1957. Fotografía: *Manuel H: Sesenta años de reportería gráfica en Bogotá*. Bogotá, Instituto Distrital de Patrimonio Cultural.

Página siguiente: el Frente Nacional se consolidó en reuniones sostenidas por Alberto Lleras Camargo y Laureano Gómez en el exterior. Fotografía: twitter.com/BogotaAntigua

de los dos partidos constituía una tradición centenaria que se consideraba legítima, y casi natural, desde el siglo XIX. Tres asuntos resultaron prioritarios en la agenda liberal-conservadora de ese momento. En primer lugar, poner fin a la violencia bipartidista que dejó más de 350 000 víctimas, como lo establecieron el sociólogo Orlando Fals Borda, el jurista Eduardo Umaña Luna y monseñor Germán Guzmán Campos en una obra fundacional de los estudios sobre la violencia en el país, *La violencia en Colombia* (1962). En segundo lugar, este acuerdo buscaba dejar atrás la experiencia de la dictadura de Rojas Pinilla y reinstalar la democracia. Pese a este anhelo, con el paso de los años la fórmula de coalición fue dando paso a una democracia restringida y a un reformismo frustrado, como lo describe el historiador Jonathan Hartlyn (1993). Ello propició nuevas conflictividades, pues no se habían solucionado problemas medulares como el de la inequitativa distribución de la tierra en Colombia, caldo de cultivo de buena parte de las violencias anteriores y posteriores. En tercer lugar, el ejercicio de coalición del Frente Nacional pretendía generar unas condiciones de estabilidad política necesarias para reimpulsar la economía del país, especialmente a través del modelo desarrollista concertado en 1961 en la reunión de Punta del Este (Uruguay) y promovido por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal).

Las reglas de juego de mayor relevancia que guiaron el Frente Nacional fueron varias. Se acordó la alternancia de los dos partidos en la Presidencia de la República cada cuatro años, hasta cumplir cuatro «cuatrienios», es decir, dieciséis años; se estableció la paridad legislativa, esto es, que la mitad del Parlamento debía ser del Partido Liberal y la otra mitad del Conservador, quedando excluidos los partidos o movimientos políticos



de un origen ideológico diferente; se acordó la aprobación de leyes por una mayoría de las dos terceras partes en el legislativo, y se determinó la distribución equitativa de cargos públicos entre liberales y conservadores, además de la vigencia del veto mutuo. En estas condiciones comenzó el Gobierno de Alberto Lleras Camargo, quien nombró como ministro de Salud al exdirector del INC, José Antonio Jácome, y ratificó en la dirección de este instituto a Mario Gaitán Yanguas. Este último llevaba

diez años al frente del Servicio de Radiumterapia del instituto y atendía a sus pacientes particulares en un consultorio ubicado en la sede de la Unidad de Diagnóstico, creada con otros colegas para tal efecto. Efraim Otero llegó a afirmar que Gaitán dominaba la consulta oncológica en Bogotá, e incluso en el país, por aquellos años (Otero 1999, 145).

SOBREVIVIR EN UN CONTEXTO DE DÉFICIT DE RECURSOS EN EL FINAL DE LOS AÑOS CINCUENTA

Uno de los primeros retos que afrontó la nueva dirección del INC fue la insuficiencia presupuestal, un problema de grandes dimensiones que en los años siguientes restringió la prestación de servicios y que llegó a plantear, incluso, la posibilidad de suspender la actividad asistencial. El primer llamado de atención sobre este asunto lo hizo el propio Gaitán Yanguas en su memoria de 1958, dirigida al ministro de Salud —el doctor Juan Pablo Llinás, uno de los fundadores del instituto—, donde afirmaba: «Prescindo también en este Informe de mencionar las necesidades del Instituto, que son de magnitud tan grande que, de no solucionarse, obligarán a la entidad a cerrar sus puertas a un buen número de pacientes» (Colombia, Ministerio de Salud Pública 1958, 165). Pese a la presión por la falta de recursos, se había logrado mantener la labor asistencial durante 1957, pues entre enero y diciembre de ese año se atendieron 2975 pacientes nuevos. Predominaban en ellos las afecciones de la piel seguidas de las ginecológicas, las de vías digestivas y las de seno. En el campo específico de los tumores malignos prevalecían los

de origen ginecológico, seguido por los cutáneos, los de vías digestivas y los de seno.

Estos resultados corroboraban, en términos generales, la distribución de los tipos de cáncer que se venían presentando en el país en los años anteriores a 1957. En este año, entre los pacientes nuevos y los de control, solo se llevaron a cabo 17989 consultas, de las cuales las tres más representativas correspondieron a las de sesiones de radioterapia (7063), las de consulta externa (3980) y las de ginecología (3977) (Colombia, Ministerio de Salud Pública 1958, 168). En lo relacionado con los diferentes tipos de tratamiento para los pacientes se realizaron 3077 cirugías, 1362 tratamientos de radioterapia (929 de rayos X, 414 con *radium* y 19 con radioisótopos), 805 sesiones de fisioterapia y 274 tratamientos de quimioterapia (Colombia, Ministerio de Salud Pública 1958, 180).

**Uno de los primeros retos que
afrontó la nueva dirección del INC
fue la insuficiencia presupuestal, un
problema de grandes dimensiones
que en los años siguientes restringió
la prestación de servicios.**

Pero esta capacidad asistencial se vio seriamente restringida en 1958, según lo expresado en la memoria que José A. Jácome Valderrama presentó al Congreso Nacional (cuando ya era ministro

Tabla 27. Cuatro primeros tipos de afecciones del número total de casos nuevos atendidos en el INC, 1957

Localización	Sin diagnóstico	No tumorales	Malignas	Benignas	Total
Ginecológicas	11	220	376	74	681
Cutáneas	6	127	359	451	943
Vías digestivas	7	57	167	19	250
Seno	2	13	124	89	228

Fuente: elaboración con base en la memoria del ministro de Salud Pública al Congreso Nacional, de 1958.

de Salud Pública del primer Gobierno del Frente Nacional), pues entre enero y diciembre de 1958 se habían atendido solo 2686 pacientes nuevos, es decir, 289 menos que el año anterior. Entre los principales diagnósticos de estos pacientes predominaron las enfermedades de la piel, con 774 casos de los cuales 325 fueron diagnosticados como tumores malignos; las afecciones ginecológicas, con 627 casos de los cuales 370 resultaron tumores malignos; las enfermedades de vías digestivas y anexos, con 313 casos, 212 de ellos con diagnóstico de malignidad, y las de seno con 229 casos de los que 136 fueron malignos (Colombia, Ministerio de Salud Pública 1959, 153). En este año, como en el anterior, los tumores malignos de origen ginecológico se impusieron con 370 casos por encima de todos los demás. En cuanto a los tratamientos, se percibe en relación con el año anterior una notable disminución de las cirugías, que no superaron las mil, así como de la quimioterapia (en 184 casos) y la fisioterapia (en 790 casos). Solo tuvo un leve aumento la radioterapia, que llegó a 1552 tratamientos (1045 tratados con rayos X, 485 con *radium* y 22 con radioisótopos).

La advertencia hecha por Gaitán Yanguas un año antes comenzaba a hacerse realidad. Durante 1958, «a causa de las

precarias condiciones económicas del Instituto, fue necesario negar hospitalización a muchos pacientes que en otras circunstancias hubieran podido ser recibidos» (Colombia, Ministerio de Salud Pública 1959, 166). Con base en 122 camas (31 para pensionados y 91 para caridad), durante 1958 se hospitalizaron a 273 pacientes en el sector de pensionados y a 992 en el de caridad, esto es, 1265 en total. Esos datos contrastan con los de 1957, cuando fueron hospitalizados 452 pacientes en el servicio pensionado y 1242 en el servicio de caridad, para un total de 1694 (Colombia, Ministerio de Salud Pública 1958, 180). Para el director Gaitán, la precariedad presupuestal no solo había llevado a restringir la admisión de pacientes, sino que impedía el seguimiento adecuado a los enfermos de consulta ambulatoria, de modo que las estadísticas sobre su evolución, o incluso su muerte, eran desconocidas para la institución.

La función docente tampoco se podía realizar «hasta la intensidad que fuera deseable» (Colombia, Ministerio de Salud Pública 1959, 166) sin un presupuesto adecuado; no obstante, los estudiantes de quinto y sexto años de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Javeriana recibieron ins-

trucción en 1958, gracias a un convenio celebrado en el pasado, cuando Jácome Valderrama era decano y profesor de dicha facultad. Por contraste, la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia, debido a fallas en su organización, canceló ese mismo año la enseñanza del Curso de Cancerología que impartía el instituto para sus estudiantes, lo que no impidió que algunos médicos del INC dictaran charlas y conferencias aisladas en dicha institución educativa.

Más dinámica que la labor docente del instituto en el terreno de la medicina durante esta época, fue la que se realizó en el campo de la enfermería. Las alumnas de la Escuela de Enfermeras de la Cruz Roja, el Cuerpo de Damas Auxiliares y varias mujeres que hacían parte de las comunidades religiosas de la Asunción, de las terciarias, capuchinas y vicentinas fueron recibidas en las instalaciones del INC para adelantar su formación en enfermería, específicamente en el ámbito del cáncer. La actividad docente se extendió también a la formación de odontólogos por medio de tres cursos de Patología Tumoral de la Boca, en la que tomaron parte profesionales del servicio de la Higiene Distrital de Bogotá, profesores y alumnos de último año de la Facultad de Odontología de la Universidad Javeriana y miembros de la Federación Odontológica de Santander. En el ámbito internacional se debe registrar la invitación que la Sociedad Ecuatoriana de Lucha contra el Cáncer hizo al director del instituto para dictar varias conferencias en ese país, lo que reforzaba una relación de hermandad entre Ecuador y Colombia (Colombia, Ministerio de Salud Pública 1959, 168).

Pero la insuficiencia presupuestal también afectaba el campo de la investigación. Allí la carencia de recursos había impedido contar con un espacio físico adecuado para esta actividad, así como con equipos, personal preparado y entrenado, anima-

les de laboratorio y otros elementos (Colombia, Ministerio de Salud Pública 1959, 168). En esas condiciones, al decir de Gaitán Yanguas, solo había dos modalidades de investigación: una, a través de la revisión de las historias clínicas del archivo en determinados campos, como se venía haciendo para la elaboración de las tesis de los estudiantes de la Universidad Nacional desde el momento de la estabilización del funcionamiento del instituto comenzando los años cuarenta; la otra, mediante el ensayo de algunos medicamentos, de técnicas quirúrgicas y otro tipo de tratamientos. Pero ambas modalidades tropezaban con el problema de la falta de control sobre los pacientes que salían de la institución, pues no había un servicio de visitantes sociales o de investigadores de campo para hacerles seguimiento, y la estrategia de la correspondencia, empleada en los primeros años, no había funcionado como se esperaba. En ese sentido, afirmaba Gaitán, «no es posible conocer el estado de más del 25 % de los casos tratados o atendidos, lo que lógicamente dificulta y demerita cualquier trabajo que se haga» (Colombia, Ministerio de Salud Pública 1959, 168).

Ahora bien, como sucedía en los otros campos, estas talanqueras no impidieron que el personal asistencial y administrativo se esforzara para cumplir, en una situación tan adversa, la misionalidad del INC. Con las limitaciones ya descritas, en 1958 se produjeron cerca de dieciséis trabajos de revisión o investigación no experimental en diversos temas vinculados con el cáncer, en la modalidad de tesis universitarias, artículos en revistas médicas, artículos de divulgación, conferencias, entre otros. La tabla 28 lista estos aportes.

Los temas más comunes de esta producción científica estaban relacionados con el diagnóstico de algunos tumores, el análisis de viejas patologías que habían centrado la atención del

instituto en sus inicios, como el rinoescleroma, y la introducción de nuevos agentes terapéuticos contra el cáncer y para el manejo del dolor. Resultó prolífica la producción escrita del director Mario Gaitán Yanguas. Llama la atención especialmente un análisis comparativo entre la cirugía y la radioterapia en el manejo del cáncer de labio, que evidencia el interés de los autores Miguel Orticochea y Arry Constantín por revalorar el papel de esta técnica en el tratamiento del cáncer, así como por el debate que se venía suscitando entre estas dos formas de abordar la enfermedad.

El año de 1959 marca la celebración de los primeros veinticinco años de vida del instituto. El balance que hizo su director, protagonista de esa historia, destacó cuatro aspectos significativos en el proceso de consolidación del INC. El primero se refería a que a estas alturas, la institución estaba incorporada en una estructura sanitaria más organizada, bajo la dependencia del Ministerio de Salud Pública, del cual recibía no solo el presupuesto, sino también la regulación de las labores administrativas, económicas, de personal y de compras, entre otros aspectos. Solo la orientación científica dependía del director, sin dejar de estar sujeta al plan económico y administrativo impuesto por el Ministerio. El segundo aspecto tenía que ver con el hecho de que de las cuatro finalidades que orientaban el trabajo del instituto en este momento (asistencia, docencia, lucha contra el cáncer e investigación), solamente la primera se estaba desarrollando de forma cabal, la segunda lo había sido de manera menos completa y las dos últimas solo contaban con desarrollos incipientes. En ese sentido, los retos hacia el futuro eran grandes. El tercer aspecto que destacaba Gaitán era la persistencia de una estructura de financiamiento en la cual la mayor proporción de recursos provenía del Ministerio y solo una pequeña parte era producto del pago de servicios médicos, de hospitalización, de suministro de medicamentos y, en teoría, de donaciones o legados, que al decir de Gaitán nunca se habían recibido. La situación se complicaba si se tenía en cuenta que todos estos recursos no estaban a disposición inmediata del instituto, pues debían pasar por las arcas comunes del Estado. El cuarto y último aspecto tenía que ver con un hecho real y presente: la difícil situación presupuestal que vivía en ese momento el INC y que impactaba directamente sobre el día a día de su funcionamiento. Al respecto, el director llamaba la atención sobre la amenaza —una especie de espada de Damocles— que pesaba sobre la continuidad misma de la labor asistencial a causa



La producción de artículos, tesis y conferencias sobre diversos temas vinculados con el cáncer fue prolífica a finales de los años cincuenta. Fotografía: primera página de un artículo publicado por el doctor Mario Gaitán Yanguas, en 1958, en la *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*.

Tabla 28. Trabajos de investigación producidos o publicados en 1958

Nombre	Autor	Modalidad
Sarcomas de tejidos blandos	Abelardo Martínez	Tesis de grado, Universidad Javeriana
Diabetes y cáncer	Rafael Garrido	Tesis de grado, Universidad Javeriana
Estudios de la vida del glóbulo rojo en Bogotá hechos con cromo radioactivo	Guillermo Gómez	Tesis de grado, Universidad Javeriana, fragmento publicado en la revista <i>Unidia</i>
Análisis de la triple biopsia en el cáncer de seno como criterio de orientación terapéutica	Mario Gaitán Yanguas	Ponencia para el Sexto Congreso Interamericano de Radiología de Lima
Relaciones mutuas entre el embarazo y la enfermedad de Hodking	Mario Gaitán Yanguas	Presentado en el III Congreso de Ginecología y Obstetricia en Ibagué y publicado en 1958 en la <i>Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología</i>
Estudio comparativo de la cirugía y la radioterapia en el cáncer de labio	Miguel Orticochea y Aray Constantín	Presentado a la Sociedad de Cancerología
Trietilenothiofosramida en el tratamiento del cáncer avanzado	Álvaro Ariza y Mario Gaitán Yanguas	En prensa, 1958, sin publicar
Análisis de patología tiroidea	Guillermo Restrepo	Presentado a la Sociedad de Cancerología
Las dosis de radiaciones recibidas por las gónadas durante exámenes radiológicos de rutina	Israel Senior y Mario Gaitán Yanguas	Presentado por Mario Gaitán Yanguas en el Simposio sobre Protección Radiológica (Health Physics) de San Juan de Puerto Rico

Nombre	Autor	Modalidad
Estudio sobre la aplicación intracavitaria de las mostazas nitrogenadas	Francisco Espinel	Presentado en 1957 a la Sociedad de Radiología y publicado en 1958 en la revista <i>Unidia</i>
Estudio sobre el valor del oncograma	César Mendoza y Mario Gaitán Yanguas	Presentado en el Congreso Interamericano de Citología de Miami, 1957, publicado en la revista <i>Universitas Médica</i>
Estudio sobre el rinoscleroma	Francisco Espinel	Presentado a la Sociedad de Cancerología
Análisis sobre tumores malignos de testículo y sus indicaciones terapéuticas	Mario Gaitán Yanguas	Presentado al Segundo Congreso de Urología de Cali
Tumor de células intersticiales del testículo con estudio de bibliografía	Jaime Cortázar	Presentado a la Sociedad de Endocrinología y publicado en la respectiva revista
Análisis de 253 casos de enfermedad de Hodking	Mario Gaitán Yanguas	Publicado en la revista <i>Universitas Médica</i>
Estudio clínico sobre el valor como analgésico del clorhidrato de daltaproxifeno (darvón)	Mario Gaitán Yanguas	Sin publicar, 1959
El myleran en el tratamiento de la leucemia granulocítica crónica	Arry Constantín	Presentado en las Quintas Jornadas Radiológicas de Cali

de las «malas condiciones económicas» (Colombia, Ministerio de Salud Pública 1960, 298). En el informe del instituto sobre sus actividades en 1959, incluido en la Memoria del ministro al Congreso Nacional, se resaltaba que por segundo año consecutivo la capacidad asistencial se había visto considerablemente afectada y disminuida por la ausencia de recursos y su consecuente impacto en la disminución del personal:

Los sueldos tan bajos que se pagan a los empleados, tanto médicos como administrativos, hicieron que muchos de ellos se retiraran para trabajar en sitios mejor remunerados y que no fuera posible conseguir reemplazarlos. Así fue como desde mayo hubo necesidad de cerrar una de las tres salas de cirugía por no disponer de auxiliares de anestesia y de instrumentadoras. Poco después, por falta de técnicos de laboratorio quedó disminuida la capacidad de trabajo de este. Nos vimos entonces en la dolorosa necesidad de negar servicios a muchas de las gentes que a diario acuden al Instituto, limitando el número de pacientes nuevos recibidos a un máximo de 12 diarios. Poco después este número hubo de reducirse a 10 por dificultades en el Departamento de Radioterapia, y en agosto, por nuevas dimisiones de personal, tuvimos que cerrar otra sala de cirugía y limitar aún más los servicios de laboratorio y de radioterapia, reduciendo el número de pacientes a 8 nuevos por día. (Colombia, Ministerio de Salud Pública 1960, 299)

Esta situación produjo, por primera vez en la vida del INC, la formación de largas filas de gentes pobres de fuera de Bogotá que esperaban un turno para obtener una consulta quince o veinte días más tarde, «clamando entre tanto por que se les die-

ra de comer, alojamiento, etc.» (Colombia, Ministerio de Salud Pública 1960, 299). A esta situación de los pacientes se sumó la renuncia de personal auxiliar de medicina como anestelistas asistentes, técnicos de laboratorio, instrumentadoras, entre otros, que salían de la institución en busca de mejores salarios en otros hospitales.¹ Pero algunos médicos eran la excepción ya que, como afirmaba Gaitán, «continuaban regalando sus servicios, demostrando así, una vez más su espíritu de sacrificio, tan poco reconocido por la mayoría, tan alabado por unos pocos y tan perjudicial para sus familias» (Colombia, Ministerio de Salud Pública 1960, 5). La situación de ausencia de personal por causa de los bajos salarios se tornó tan difícil que hacia marzo de 1959 llegó a considerarse el cierre de algunos servicios, pues —como se afirmó— «no había ni cocineras que trabajaran por un sueldo de cuarenta pesos». Ahora bien, el punto más álgido llegó en octubre, cuando se consideró el cierre completo del instituto. Sin embargo, en ese momento el gobierno reaccionó y el ministro de Salud Pública logró la aprobación de algunos contratos de trabajo para el personal de Laboratorio, Radioterapia y Salas de Cirugía, con un incremento salarial, de modo que a partir de noviembre el INC pudo recuperar su ritmo habitual. Pero las críticas de la opinión pública y la prensa, así como la obvia disminución en el número de pacientes atendidos con respecto a los años anteriores no se pudo resarcir ni reparar fácilmente. Ahora bien, vale la pena aclarar que la re-

1 El hecho de que médicos, paramédicos, técnicos e incluso personal administrativo se estuviese retirando del instituto y que, además, no fuese fácil de reemplazar, podría tener que ver con la fundación creciente en estos años de centros oncológicos privados.

ducción de pacientes también estaba relacionada con la puesta en funcionamiento de un servicio de radioterapia superficial en el Hospital San Juan de Dios, que permitió que la atención de los casos menos graves se llevara a cabo allí, como correspondía a un hospital general. Esta situación liberaba al instituto de una parte de la carga asistencial.



Equipos para medir la dosis de radiación en haces de fotones de radioterapia. Fotografía: Archivo INC.

En 1959 se recibieron 2238 pacientes nuevos, es decir, 448 menos que en 1958, y se hicieron 10944 consultas de control. La consulta externa para adultos, la ginecológica, la de seno, la de cabeza y cuello y la de endocrinología fueron las cinco que tuvieron más demanda como se indica en la tabla 29.

Tabla 29. Número de pacientes por tipo de consulta en el INC en 1959

Tipo de consulta	Número de pacientes
Consulta externa para adultos	3019
Consulta de ginecología	1638
Consulta de seno	1055
Consulta de cabeza y cuello	1251
Endocrinología	1046

Fuente: Colombia, Ministerio de Salud Pública (1960).

De acuerdo con el sistema orgánico afectado, por primera vez en la historia del instituto las afectaciones ginecológicas encabezaron la lista, y le siguieron las de la piel, los casos que comprometían las vías digestivas y las del seno. Específicamente, en materia de neoplasias malignas, el cáncer de origen ginecológico se impuso de nuevo con 382 casos sobre 303 de piel. En el campo del tratamiento, la cirugía siguió perdiendo terreno con respecto a la radioterapia, debido al cierre de salas quirúrgicas, según lo señalado por Gaitán Yanguas en el informe de 1959. De modo que se realizaron 1622 tratamientos de radioterapia (1093



Elementos de museología, INC.

con rayos X, 505 con *radium* y 24 con radioisótopos) y solo 732 cirugías. Las quimioterapias, por su parte, apenas alcanzaron 192 tratamientos, y la fisioterapia 112 (Colombia, Ministerio de Salud Pública 1960, 301).

Tabla 30. Cuatro primeros tipos de afecciones del número total de casos nuevos atendidos en el INC, 1959

Localización	No neoplásicas	Malignas	Benignas	Total
Ginecológicas	156	382	45	583
Cutáneas	65	303	212	580
Vías digestivas	50	185	50	285
Seno	37	102	46	185

Fuente: Colombia, Ministerio de Salud Pública (1960).

Como había ocurrido en el año anterior, la crisis presupuestal redujo el volumen de hospitalizaciones a 1096 (270 en el servicio de pensionados y 826 en el de caridad), quedando disponibles 113 de 122 camas que habían en total. Para Gaitán Yanguas esta situación era preocupante y así lo explicaba: «la falta de recursos económicos del Instituto para la alimentación de los enfermos, para mantener servicios de ropería, lavandería, enfermería, etc., no le permiten aprovechar en pleno su capacidad de hospitalización, viéndose en muchas ocasiones obligado a negar la hospitalización a un paciente, cuando entretanto la cama permanece desocupada» (Colombia, Ministerio de Salud Pública 1960, 313).

Ahora bien, una de las consecuencias más crueles del déficit de financiamiento del INC en 1958 y 1959 fue la negativa de atención a los enfermos incurables. El dramatismo de esta situación quedó plasmado claramente en las palabras del director Gaitán Yanguas: «Hasta el momento el Instituto ha venido negando sus servicios a los pacientes intratables, lo que me parece injusto e inhumano desde todo punto de vista; la úni-

ca disculpa que se tiene para ello es la de que las limitaciones económicas no permiten atender sino pacientes susceptibles de mejoría con los tratamientos» (Colombia, Ministerio de Salud Pública 1960, 313). Sin embargo, el instituto podría haber prestado servicios de analgesia, curaciones y consuelo a los enfermos, lo que además hubiese dado material para investigaciones médicas, como sugería Gaitán, relacionadas con los métodos para combatir el dolor y el ensayo de nuevas drogas. Quedaba la esperanza de volver a prestar la atención a los pacientes intratables una vez se resolvieran las afugias económicas que estaba viviendo la institución.

Las actividades docentes se mantuvieron durante 1959 en la misma magnitud que en el año anterior y en el terreno de las investigaciones científico-médicas se logró llegar a 29 productos entre artículos publicados en revistas médicas y no médicas de amplia difusión, tesis de la Universidad Javeriana y conferencias dictadas en diferentes eventos como el Sexto Congreso Médico Nacional, el Congreso de Otorrinolaringología de Cúcuta, el Cuarto Congreso Nacional de Ginecología de Barranquilla o el Congreso Internacional de Radiología de Múnich, al cual asistió el director Gaitán Yanguas (Colombia, Ministerio de Salud Pública 1960, 315).

Asimismo, en ese año el instituto recibió la visita del profesor Ennuyev de la Fundación Curie de París, quien dictó varias conferencias sobre cáncer de faringe, de laringe, de seno y radioterapia de supervoltaje. A estas visitas se sumó la posibilidad de incorporar en el instituto, gracias a los recursos y contratos facilitados por el ministro Jácome, al doctor Álvaro Ariza, físico radiológico experto en protección, quien se había preparado en el Centro Nuclear de Puerto Rico y en el Hospital Presbiteriano de Nueva York. Pese a la precariedad, era imposible renunciar

a las aspiraciones de fortalecer al INC, no solo en cuanto al recurso humano, sino en aspectos locativos y de tecnología. Por ello, se avanzó en la elaboración de los planos para la construcción del local destinado a la Unidad de Telecobaltoterapia, la ampliación del laboratorio de radioisótopos y de la consulta de radioterapia, en cumplimiento del convenio con el Gobierno de los Estados Unidos, el cual había obsequiado al INC la Unidad de Cobalto Co-60 y diversos elementos para el laboratorio. Lamentablemente, el papeleo y los trámites burocráticos impidieron que se completaran prontamente estas obras y dotaciones, así como la concreción de los proyectos de reforma del instituto, que respondían al plan de reorganización del Ministerio y que continuaban en estudio por parte la Comisión de Reforma Administrativa del Gobierno nacional.

En suma, la gestión del director y la disposición del ministro Jácome Valderrama (antes de dar paso al nuevo ministro de Salud, Alfonso Ocampo Londoño, quien asumió la cartera en la segunda mitad de 1960) permitieron al instituto paliar esta crisis económica y proyectar un presupuesto más holgado, de 1 600 000 pesos, para 1960. Con estos recursos se esperaba aliviar la situación que se vivía, pero eran insuficientes para potenciar plenamente su funcionamiento, pues las necesidades eran muy variadas y urgentes. Estas incluían, por ejemplo, la reorganización científica, administrativa y asistencial del INC una vez se dictara el decreto que debía concederle mayor autonomía. También comprendían la renovación de las dependencias de personal y de almacén, además de las erogaciones derivadas de la implementación de la jornada continua, así como los gastos en alimentación, ropería y lavandería que se desprenderían del incremento de la labor asistencial. Igualmente, estaban pendientes la construcción de locales para consulta, para la unidad de telecobaltoterapia y para el

laboratorio de radioisótopos, que se impulsaría con el apoyo del Instituto de Asuntos Nucleares y de Efraim Otero, quien debía regresar de su especialización en los Estados Unidos. Estaban pendientes también la compra, la reparación y la renovación de equipos, la expansión de la lucha anticancerosa, la mejora de las condiciones de protección de los funcionarios frente a las radiaciones, la instalación de una planta eléctrica, el arreglo de alojamientos para el personal, la fundación de los servicios de odontología y rehabilitación y el reinicio de las publicaciones científicas del instituto. Era larga, entonces, la lista de las tareas que debían asumirse con tan exiguos recursos.

Una de las consecuencias más crueles del déficit de financiamiento del INC en 1958 y 1959 fue la negativa de atención a los enfermos incurables.

En estas circunstancias, la proyección para 1961 fue aún más compleja que la propuesta para 1960, pues implicaba una mayor demanda de recursos con el fin de mejorar los sueldos de los médicos y el personal asistencial, ya que «los sueldos miserables» que se tenían impedían «conseguir empleados eficientes y exigir a los médicos el interés y el cumplimiento que fueran deseables para la buena atención de los enfermos» (Colombia, Ministerio de Salud Pública 1960, 322). Gaitán Yanguas afirma-

ba: «no se concibe que un hospital de la magnitud y la categoría del instituto esté manejado por un administrador que gana 700 pesos mensuales, tenga mecanógrafas que ganan 175 al mes y un ginecólogo jefe cuyo sueldo es de 130 pesos» (Colombia, Ministerio de Salud Pública 1960, 322). Para ese año, además, se proyectaba renovar varios equipos indispensables para los tratamientos de los pacientes, mejorar la dotación de insumos y, específicamente, reparar los aparatos de *roentgenterapia*, pues los tres existentes en ese momento estaban sin uso por daños graves, casi irreparables, tras veinticinco años de trabajo. La propuesta era comprar un nuevo equipo y tomar las piezas del que fuese remplazado para poner en condiciones óptimas los otros dos (Colombia, Ministerio de Salud Pública 1960, 325).

EL CONGRESO DE DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER Y LA REESTRUCTURACIÓN DEL INSTITUTO EN LOS AÑOS SESENTA

En medio de estos avatares, en 1960 tuvo lugar en Bogotá la Primera Conferencia Latinoamericana sobre Diagnóstico Precoz del Cáncer, del 31 de marzo al 2 de abril. En el discurso inaugural de este evento, el ministro de Salud Pública, José Antonio Jácome Valderrama, presentó a los participantes el saludo del presidente Alberto Lleras Camargo y resaltó la importancia de la realización de esta reunión en la capital del país. Los objetivos de la conferencia se centraban en el establecimiento de criterios unificados y programas comunes en América Latina para afrontar la lucha contra el cáncer. En su discurso, Jácome incluyó una reseña histórica sobre el origen del instituto, resal-



tando el papel de la guerra con el Perú y el gesto de patriotismo que llevó a «muchos matrimonios colombianos a entregar sus argollas —símbolos de amor, de unión y de solidaridad y bases de esa célula fundamental para una nación, cual es la familia— como contribución sencilla para que el Gobierno dispusiera de ellas en defensa de la Patria» (Colombia, Ministerio de Salud Pública 1960, 98). Con el oro y la plata de estos anillos, y con otros recursos, se financió la guerra y luego la fundación del Instituto Nacional de Radium, como se ha narrado en los capítulos iniciales de este libro.

En su recuento Jácome resaltó sus aportes cuando ejerció como director del instituto, en materia de infraestructura, compra de equipos, actividades docentes y publicaciones, y dedicó un espacio importante de su intervención a resaltar la contribución de algunos médicos extranjeros al desarrollo de la institución. Alfonso Frangella, en el campo de la radioterapia; Domingo Brachetto, en el terreno del diagnóstico histológico y las clasificaciones modernas del cáncer; Ronald Raven, en la enseñanza de la nueva cirugía del cáncer y los criterios de radicalidad de la misma; George T. Pack, en lo relacionado con la innovación en técnicas quirúrgicas; John Conley, con sus aportes a la definición de los conceptos de la cirugía radical de cabeza y cuello, y Antoine Lacasagne, que aportó en sus visitas al

país importantes ideas sobre carcinogénesis, así como diversas orientaciones básicas para potenciar la investigación.

Para Jácome, la conformación de la Sociedad Colombiana de Cancerología y la participación de los médicos del instituto en los congresos internacionales de cáncer en São Paulo y Londres complementaban un proceso de intercambios entre el gremio médico nacional y las organizaciones, instituciones y autoridades internacionales en la materia, el cual daría fértiles frutos a través de la adopción de las técnicas y los abordajes más avanzados para el tratamiento del cáncer que se desarrollaban en distintas partes del mundo. El final de su intervención se centró en resaltar el papel del Comité Nacional de Lucha contra el Cáncer, el cual había vinculado a notables figuras de la cancerología en Colombia como César Augusto Pantoja, Mario Gaitán Yanguas, Juan Jacobo Muñoz, Jaime Cortázar y Augusto Buendía. A Jácome le correspondería como ministro proponer un proyecto de ley para reglamentar el uso de las radiaciones ionizantes, además de adelantar la afiliación del país a la Unión Internacional Contra el Cáncer (UICC), actividades que abrieron el espacio

La Primera Conferencia Latinoamericana sobre Diagnóstico Precoz del Cáncer tuvo lugar en Bogotá, en 1960, y su objetivo era unificar criterios y establecer programas comunes en Latinoamérica para la lucha contra el cáncer. Fotografía: Archivo INC.

necesario para la promoción de la Conferencia Latinoamericana de Detección Precoz en Bogotá. A esta conferencia asistieron cincuenta médicos extranjeros y más de doscientos colombianos y en ella el INC se hizo presente con varias ponencias.

Además de la Conferencia Latinoamericana, ocurrió otro hecho vital para el instituto en los primeros años de la década de los sesenta. Los aires modernizadores del primer Gobierno del Frente Nacional, el del liberal Alberto Lleras Camargo, se expresaron en la consolidación de algunas instituciones encargadas de la cuestión social y en la creación de institutos descentralizados, entre otras realizaciones. Precisamente, el di-

rector Mario Gaitán Yanguas solicitó al alto Gobierno que se designara al INC como una de estas instituciones descentralizadas, manteniendo su adscripción al Ministerio de Salud, lo que suponía mayor autonomía administrativa, un presupuesto independiente y una junta directiva presidida por el ministro de Salud, donde se tomarían las decisiones fundamentales en materia de inversiones, así como las científicas o administrativas. La respuesta a la solicitud de Gaitán fue favorable y a partir de 1960 comenzó la vida descentralizada del instituto. Este, al mismo tiempo, se dotó de una nueva estructura que se definió con el Decreto Presidencial 1598 del 6 de julio de ese año, «Por el cual se organiza la lucha contra el cáncer en el territorio nacional y se reorganiza el Instituto Nacional de Cancerología». Este decreto, firmado por el entonces presidente de la República, Alberto Lleras, y por el ministro de Salud Pública, Alfonso Ocampo Londoño, convirtió al INC en una entidad semioficial, con autonomía económica, científica y administrativa y con patrimonio propio y personería jurídica. Sus cuatro funciones quedaron establecidas del siguiente modo:

- a. Prevenir y tratar el cáncer, las enfermedades precancerosas y aquellas otras cuyo tratamiento solo sea posible por medio de los sistemas fisioterapéuticos, médicos o quirúrgicos, de que disponga el Instituto.
- b. Colaborar con entidades dedicadas al diagnóstico o tratamiento del cáncer y coordinar sus actividades.
- c. Realizar y auspiciar las investigaciones científicas y los estudios similares relacionados con el cáncer.
- d. Desarrollar funciones docentes, en colaboración con las facultades de Medicina, Odontología, Enfermería y profesiones afines. (Colombia, Presidencia de la República, 1960)



Durante el Frente Nacional los partidos Liberal y Conservador se repartieron equitativamente los escaños de las corporaciones legislativas. *El Tiempo*, marzo 31 de 1960.

El decreto determinó la estructura y el funcionamiento del instituto dejando la composición de la junta directiva como lo muestra la tabla 31.

Tabla 31. Miembros de la Junta Directiva, según el Decreto 1598 de 1960

Miembros	Principal	Suplente
Representante del Comité Nacional de Lucha Contra el Cáncer	César A. Pantoja	Jaime Cortázar
Representantes del presidente de la República	Andrés Restrepo	Jorge Santamaría
	Julián Moreno	Antonio Oviedo
	Jorge Obando	Juan Pablo Uribe
Representante del Ministerio de Salud Pública	Luis Patiño Camargo	Gustavo Esguerra
Representante de la Sociedad Colombiana de Cancerología	Juan Jacobo Muñoz	Guillermo López
Representante del personal médico del INC	Agustín Pachón	Jorge Segura
Representante del INC (director y al tiempo secretario de la Junta)	Mario Gaitán Yanguas	-

Fuente: elaboración propia a partir del Decreto 1598 de 1960.

El nuevo organigrama ubicó a la junta como máxima instancia decisoría, separó claramente las funciones de dirección y administración y puso a cargo de esta última a cuatro grupos funcionales: personal, presupuesto, provisiones y farmacia y servicios generales. El resto de la institución se organizaría en cinco secciones: asistencia médica, investigación, educación sanitaria, asistencia social y docencia. Esta última tendría a su cargo el grupo funcional de la biblioteca (gráfica 2). El decreto establecía



Alfonso Ocampo Londoño fue ministro de Salud Pública en el Gobierno de Alberto Lleras Camargo (1960), y convirtió al INC en una institución semioficial. Retrato al óleo realizado por el maestro retratista caleño, Marlon Augusto Tamayo, abril 2017.

que el director debía ser un médico graduado y con experiencia en cancerología. Esta estructura se fue haciendo más robusta gracias al reglamento establecido en 1961 y actualizado en 1964.

Con esta reestructuración en marcha, el instituto finalmente obtuvo en 1960 un presupuesto de 1 948 033 pesos, y para ese momento contaba con un número importante de edificaciones como el edificio antiguo; uno nuevo de cinco plantas, terminado en 1952; el bloque de clausura para las hermanas de la Presentación; el local del laboratorio de radioisótopos; el edificio de las dependencias de lavandería, planchaduría, calderas y anfiteatro; el local de portería, y el de la subestación eléctrica. Al inicio de ese año, el INC disponía del mismo personal de los años inmediatamente anteriores, quienes recibían la misma remuneración (tabla 32).

Ahora bien, no faltaban los sobresaltos que alteraban el ocurrir cotidiano de la institución. Por ejemplo, el 13 de junio de 1960 fue robada de las dependencias de Caja y Contaduría del instituto la caja fuerte, una máquina sumadora y otros elementos de menor cuantía. Para fortuna del INC, en el interior de la caja solo se encontraban unos cheques que no podían ser cobrados. El remplazo de la caja fuerte, implemento imprescindible en aquella época para el manejo del dinero en efectivo en cualquier entidad, fue donado por el secretario privado del Ministerio de Salud Pública, que transfirió al instituto la caja fuerte del antiguo Servicio Nacional de Asistencia Social, creado durante el Gobierno de Rojas Pinilla y clausurado después de su salida del poder por diversos escándalos de corrupción. A este aporte se le sumaron una ambulancia y una planta eléctrica, elementos valiosísimos para el funcionamiento de la institución (Colombia, Ministerio de Salud Pública 1960a, 5).

A diferencia de lo sucedido en otros años, en 1960 no hubo pérdidas o robo de *radium*. Las cantidades existentes en el insti-

tuto fueron empleadas plenamente para los tratamientos y para cumplir con algunos compromisos adquiridos. Por ejemplo, se entregaron cien miligramos a la Universidad Nacional del *stock* que se tenía guardado en la Casa de la Moneda. También estaba en proceso la entrega de dos tubos con *radium* al Hospital Departamental Evaristo García de Cali. Estos préstamos no eran nuevos. En años anteriores se habían proporcionado 500 miligramos al Hospital San Vicente de Paul, de Medellín, y 500 miligramos al Hospital Departamental Universitario de Manizales. En este último caso la cesión del *radium* tuvo lugar cuando el instituto dependía del Ministerio de Higiene, en 1953; sin embargo, hasta la fecha no había sido usado en ningún tratamiento, por lo cual se había solicitado en diversas oportunidades que fuera devuelto para cederlo a hospitales de Bucaramanga, Barranquilla o Cartagena, sin obtener respuesta.

Otro aspecto importante dentro de la reorganización institucional en 1960 fue el surgimiento de una conciencia sobre la función administrativa, sumándola a las cuatro ya existentes: asistencia, docencia, investigación y lucha contra el cáncer. Ese énfasis en mejorar los procesos administrativos daba cuenta de la maduración, modernización y consolidación del Estado colombiano durante aquellos primeros años del Frente Nacional y obedecía a una perspectiva de eficiencia en la gestión interna y externa del INC. En este sentido, solo durante 1960 la Junta Directiva expidió dieciséis acuerdos que incluían medidas para formalizar la celebración de contratos para las construcciones pendientes, estabilizar la estructuración de la nómina a cargo del instituto y el nombramiento de personal, así como la creación de becas para residentes en entrenamiento; también se buscaba clarificar las normativas concernientes a las gestiones de contaduría y caja, y consolidar la reglamentación en lo ati-

Gráfica 2. Organigrama del Instituto Nacional de Cancerología en 1960

■ Período 2, del 6 de julio de 1960 al 6 de septiembre de 1966.

Fuente: Archivo INC.

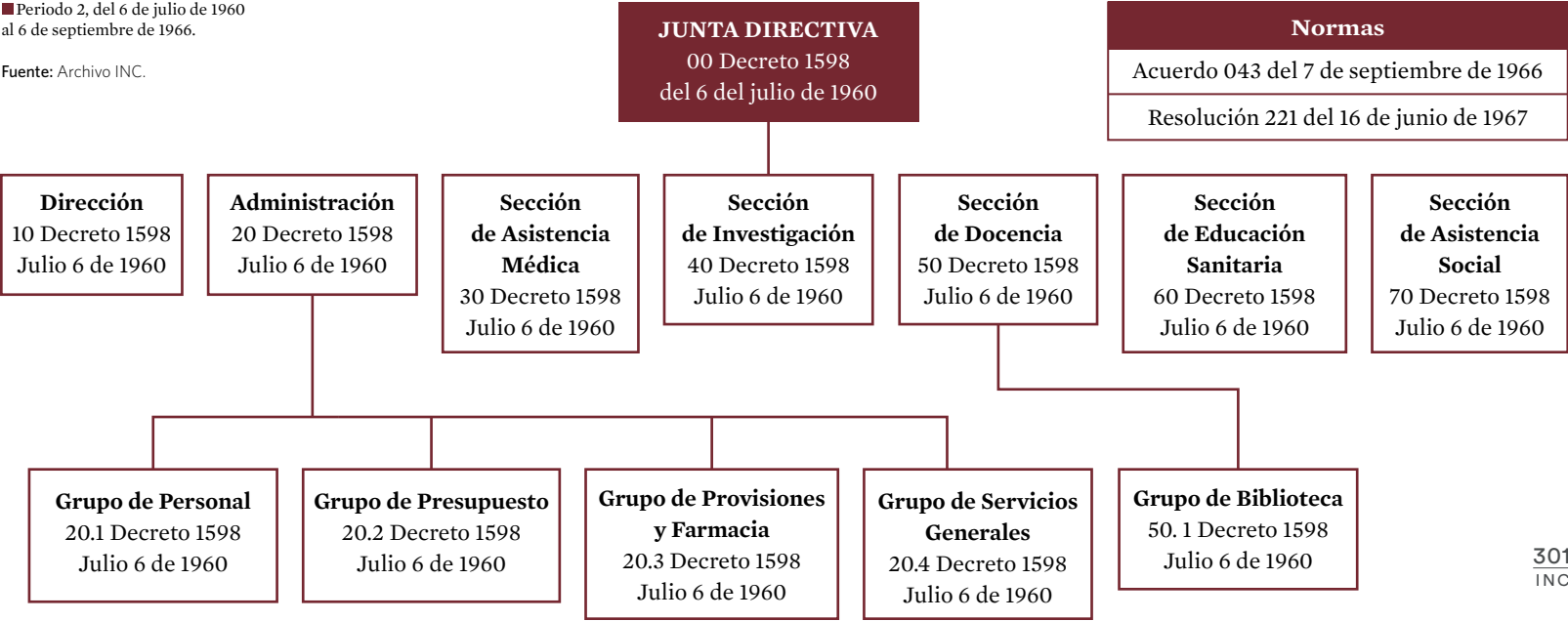


Tabla 32. Personal y salarios del instituto en 1960

Sección	Número	Sueldo mensual
Dirección	2	1602
Administración	113	6709
Asistencia Social	3	0
Departamento Médico	17	2864
Departamento Quirúrgico	32	7598
Laboratorio Clínico	7	3069
Laboratorio de Patología	6	2590

Sección	Número	Sueldo mensual
Radiodiagnóstico	3	1035
Radioterapia	16	8980
Fisioterapia	1	172
Enfermería	25	4290
Estadística Médica	4	1340
Total	229	40 249

Fuente: Colombia, Ministerio de Salud Pública (1960a, 5).

nente a reparaciones locativas y de equipos, compras y gastos. Estos ajustes administrativos y la inyección de recursos permitieron que la crisis en el frente asistencial vivida en los últimos años de la década de los cincuenta comenzara a superarse, lo que se expresó en un incremento de pacientes nuevos recibidos en 1960, alcanzando los 3226. La capacidad de atención aumentó en comparación con los años anteriores (tabla 33).

El total de consultas realizadas a pacientes nuevos y antiguos alcanzó la cifra de 22 327. En materia de tratamientos, nuevamente se impuso la radioterapia con 1509 intervenciones (1043 con rayos X, 431 con *radium* y 35 con radioisótopos), seguida por la cirugía, con 932 intervenciones. Los diagnósticos de nuevos casos continuaron la tendencia de los años anteriores, como se muestra en la tabla 34.

También, como en los años anteriores, el cáncer de cuello uterino fue el más frecuente dentro de las neoplasias malignas de origen ginecológico. La hospitalización en 1960 se llevó a cabo en 116 camas, un número insuficiente ante la creciente demanda de atención. La distribución de camas por categorías fue la siguiente: pensionado A con 12, pensionado B con 7, pensionado C con 6 y pensionado D con 18. Las camas denominadas de caridad o categoría E correspondían a 73 pacientes.

Las limitaciones en el número de camas tenían como consecuencia que solo se pudieran hospitalizar pacientes que requirieran operaciones y que no estuvieran en condiciones de sostenerse con sus propios recursos (en materia de alimentación, alojamiento y transporte) fuera del instituto. A ello se sumaban otras complicaciones, como el rechazo de los casos incurables avanzados, el aplazamiento de los tratamientos y la obligatoria reducción de la estadía de los pacientes al menor número de días posible, lo que afectaba los procesos de recuperación, es-

pecialmente los quirúrgicos. Las camas necesarias serían 300, más otras destinadas a la atención de pacientes incurables a quienes se les debería brindar terapias paliativas para bien morir. En 1960, las 116 camas existentes fueron ocupadas según lo muestra la tabla 35.

Tabla 33. Resultados de los ajustes administrativos

Año	1957	1958	1959	1960
Pacientes nuevos	2975	2686	2238	3226
Consultas de control	10 293	12 887	10 944	14 241
Cambio en la atención de pacientes nuevos	- 10 %	Sin datos	- 25 %	10 %

Fuente: Colombia, Ministerio de Salud Pública (1960).

Tabla 34. Cuatro primeros tipos de afecciones del número total de casos nuevos atendidos en el INC, 1960

Localización	No tumoral	Tumores malignos	Tumores benignos	Total
Ginecológicas	400	452	84	936
Cutáneas	69	348	448	865
Vías digestivas	126	258	72	456
Seno	78	123	72	273

Fuente: Colombia, Ministerio de Salud Pública (1960).

Tabla 35. Ocupación de las camas del instituto para 1960

Concepto	Pensionado	Gratuito	Total
Número de camas	43	73	116
Hospitalizaciones	419	787	1206
Promedio enfermo/cama	9,8	10,8	10,3

Fuente: Colombia, Ministerio de Salud Pública (1960).

Finalmente, en el marco de su función docente, el instituto capacitó a dos médicos externos, el doctor Hernando Rivera, de la Universidad del Cauca, y el doctor Francisco Hormaza, enviado por el Gobierno de Ecuador para especializarse en cirugía del cáncer. Este último no solo terminó su especialización con altas calificaciones, sino que se erigió en elemento clave para mantener la tradición de estrecha colaboración en el campo formativo entre Colombia y Ecuador, gracias a la acción del INC.

Este tipo de iniciativas, la vitalidad creciente del instituto en la producción científica y en la realización de eventos para la lucha contra el cáncer, su capacidad de adaptación a los cambios en el Estado colombiano y su ardua gestión para aliviar la crisis financiera, mantener la asistencia y no cerrar sus puertas eran elementos importantes si se tiene en cuenta que durante aquellos años la situación del sector hospitalario en el país era tan crítica que motivó un conjunto de ajustes en la organización asistencial y, en general, en el sistema de salud. Al revisar estas situaciones adversas y la forma decidida —casi heroica— en que el INC se mantuvo al lado de los pacientes, atendiéndolos

y respondiendo a sus necesidades asistenciales, da la sensación de que se estaba conformando una ética institucional de trabajo y de servicio mirando hacia el futuro y al largo plazo.

LA MADURACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD Y LA CREACIÓN DE ORGANISMOS INTERNACIONALES DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER

En los primeros años de la década de los sesenta, el país intentaba transitar por el camino de la construcción del Estado bajo el modelo de la Cepal y su promesa de desarrollo económico y social promovido por la Alianza para el Progreso, entronizada en la reunión de Punta del Este. En medio de ese propósito y bajo el esquema de democracia restringida del Frente Nacional se introdujo la planificación como parte de los importantes pro-





Página anterior: la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal) jugó un papel fundamental en la década de los años sesenta en el desarrollo económico y social de la región. Fotografía: Sexta Conferencia Regional de ministros de Educación y ministros encargados de la planificación económica de los Estados miembros de la Cepal.

cesos de modernización para el sector de la salud. Así surgió el Plan Hospitalario de 1963, durante el Gobierno del conservador Guillermo León Valencia (1962-1966), para enfrentar la inadecuada distribución territorial de los hospitales y el reducido número de camas y médicos que no respondían a las necesidades reales del país (Vega 2010).

También en aquel año se emitió el Decreto 3224 para la reorganización del Ministerio de Salud, que hacía hincapié en la investigación médico-científica, y se creó el Instituto Nacional de Salud (INS), que fusionó varias dependencias con el propósito de convertirse en el laboratorio de la salud pública del país (Quevedo 2013c). Un año después, en 1964, se reglamentó su funcionamiento y se diseñó el Plan Nacional de Salud, que en la lógica del desarrollismo fijó metas para superar el llamado «subdesarrollo». La planificación se acompañó del «Estudio de Recursos Humanos para la Salud y la Educación Médica en Colombia», iniciado en 1964, que prometía servir de punto de referencia para solucionar la inadecuada utilización del recurso humano, así como su distribución inequitativa en el territorio nacional.

Arriba izquierda y derecha: los presidentes John F. Kennedy y Alberto Lleras Camargo develan una placa en la ceremonia de colocación de la primera piedra del Proyecto de Viviendas de Techo, en Bogotá, en el marco de la Alianza para el Progreso. Fotografías: Cecil Stoughton. White House Photographs. John F. Kennedy Presidential Library and Museum. 17 de diciembre de 1961.

Abajo: el presidente John F. Kennedy con el recién electo presidente de Colombia, Guillermo León Valencia (segundo mandatario del Frente Nacional), en una cena en honor al colombiano en la Casa Blanca. Fotografía: Abbie Rowe. White House Photographs. John F. Kennedy Presidential Library and Museum. 25 de junio de 1962.



En la misma línea de las orientaciones de la Cepal, de la Carta de Punta del Este y de la Organización Panamericana de la Salud, el Gobierno de Guillermo León Valencia presentó una iniciativa de integración de los servicios públicos de salud a cargo del Estado, mediante el Decreto Presidencial 3196 de 1965. Por esa misma época se había declarado el estado de sitio para enfrentar situaciones de orden público relacionadas con las agitaciones laborales y estudiantiles en las ciudades y con la aparición en el campo de unas guerrillas de nuevo tipo en Colombia —y América Latina—, al calor del triunfo de la Revolución cubana (Vega 2010). Se empezaba a configurar una nueva etapa del conflicto armado con la emergencia entre 1964 y 1965 de guerrillas de izquierda como las Fuerzas Armadas Re-

volucionarias de Colombia (FARC) y el Ejército de Liberación Nacional (ELN), además de otras menos estructuradas, que perduraron durante varias décadas.

El estado de excepción le entregaba al presidente facultades extraordinarias para tomar medidas de gran alcance sin pasar por el parlamento, como fue el caso del mencionado Decreto (3196). Pero la oposición de la Beneficencia de Cundinamarca, de la Iglesia católica, de algunos departamentos, de varios médicos y de sectores del bipartidismo a esta iniciativa gubernamental

Sede del Instituto Nacional de Salud.
Fotografía en: Carlos F. Dáguer. *Vigilantes de la salud. Un siglo de historia del Instituto Nacional de Salud*. Bogotá, 2018.



mental no se hizo esperar. Como en la época de las reformas liberales, reaparecía el temor de que esta integración significara una «socialización de la medicina» y una estatización de instituciones hospitalarias que habían surgido de iniciativas particulares, algunas apoyadas en el ejercicio de la caridad cristiana y, por tanto, ajenas y hasta opuestas al esfuerzo estatal. La presión fue intensa y condujo a que finalmente se declarara inconstitucional el polémico Decreto 3196, con lo que el país perdió la oportunidad de contar con un servicio nacional de salud integrado, como proponía la agenda de la OPS y la de la OMS.

Durante el Gobierno de Guillermo León Valencia el Ejército atacó a Marquetalia. Este y otros hechos darían lugar a la creación de la guerrilla de las FARC. Fotografía: *El Espectador*, junio 15 de 1964.



Así, quedó aplazada la superación de la fractura originaria que dividía la prestación de los servicios en subsectores a los cuales los ciudadanos accedían dependiendo de su capacidad de pago. La permanencia de tal fragmentación produjo grandes inequidades, pobres coberturas y debilidades en materia sanitaria que persistirían en el tiempo. Sin embargo, lo que sí se logró en esos años fue incorporar la racionalidad planificadora en el sistema de salud con un rol protagónico por parte de algunos de los salubristas formados en la Escuela Nacional de Salud Pública de Medellín que había impulsado el doctor Héc-

Fidel Castro y el Che Guevara, gestores de la Revolución cubana, marchan en La Habana. Fotografía: autor desconocido. Marzo 5 de 1960. Museo Che Guevara. Creative Commons.

tor Abad Gómez. Como producto de este esfuerzo y de estas discusiones, la década de los sesenta se cierra con un nuevo Plan Hospitalario concebido durante el Gobierno de Carlos Lleras Restrepo, en 1969 (Vega 2010).

Dentro de los principios y propuestas de los discursos planificadores y desarrollistas, la salud era primordial. Esta visión fue impulsada por el Sistema de las Naciones Unidas y sus organismos regionales, en un contexto de Guerra Fría entre capitalismo y socialismo que polarizó la escena internacional, como ya se señaló. Pese a la radicalidad discursiva y belicista de las potencias comprometidas en esta guerra, que nunca se convirtió en la temida tercera guerra mundial, fue posible el surgimiento de organismos internacionales que buscaban la estabilidad, la cooperación, la paz y la realización de los derechos humanos, dentro de los cuales estaba la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC, por sus siglas en inglés). El grupo de personalidades que impulsó esta iniciativa estaba compuesto por Louis Armand, miembro de la Academia Francesa y primer presidente de la Comunidad Europea de la Energía Atómica; Emmanuel d'Astier de la Vigerie, escritor y editor de periódicos y destacado miembro de la resistencia antinazi durante la Segunda Guerra Mundial; Pierre Auger, director de la Organización Europea de Investigación Espacial; François Bloch-Lainé, director general de la Caja de Depósitos y Consignaciones; el padre Carré, dirigente religioso; Jean Hyppolite, filósofo hegeliano y director de la Escuela Normal Superior; Antoine Lacassagne, radiólogo y biólogo francés; el famoso arquitecto Charles Le Corbusier; François Mauriac, novelista galardonado con el Premio Nobel y miembro de la Academia Francesa; Pierre Massé, jefe de la Comisaría General de Planificación Francesa; Francis Perrin, jefe de la comisaría de Energía Atómica francesa; el economista François Perroux, y el biólogo Jean Rostand.

En 1963 estas trece personalidades francesas lanzaron un llamado a los gobiernos de los Estados Unidos, la Unión Soviética, Gran Bretaña y Francia para que financiaran una institución internacional de investigaciones dedicada a la lucha contra el cáncer. En una misiva dirigida al presidente Charles de Gaulle este grupo de élite no solo planteaba que dicha tarea debería comprometer a toda la humanidad, sino que, además, la veía como una manera de contrarrestar, así fuese en ínfimas proporciones, el gasto militar:



El médico Héctor Abad Gómez fue fundador y primer director de la Escuela de Salud Pública, como dependencia del Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad de Antioquia. Fotografía: Corporación para la Educación y la Salud Pública Héctor Abad Gómez.

ACTUALITÉS MÉDICALES

Pour développer la lutte contre le cancer des personnalités françaises lancent un appel en faveur d'une institution internationale de recherche pour la vie

Des savants, des écrivains, des sociologues, ont lancé un appel pour que les Etats-Unis, l'U.R.S.S., la Grande-Bretagne et la France assurent le financement d'une institution internationale de recherche pour la vie. En voici le texte, qui, en France, revêt la forme d'une requête au président de la République :

« Les soussignés demandent aux gouvernements des grandes puissances, qui actuellement reconnaissent la nécessité de la coopération internationale pour résoudre certains problèmes humains, de faire un geste immédiat et raisonnable au profit d'une stratégie universelle pour la vie. Il s'agit de mettre tout en œuvre pour parvenir à une mobilisation contre un des plus grands fléaux qui pèsent sur l'humanité : le cancer.

« Malgré certains succès thérapeutiques déjà importants, il n'y aura pas de victoire décisive sur le cancer tant que ne seront pas déterminés la nature du mal et le mécanisme de sa production. La victoire sur le cancer sera une grande victoire de l'homme.

« Un prélèvement dérisoire sur le budget des grandes puissances permettrait de mettre sur pied une institution internationale de lutte pour la vie, sous le contrôle effectif des organismes qualifiés de l'O.N.U. et des savants cancérologues les plus incontestés.

« Les soussignés soulignent qu'une réduction d'un demi pour cent sur les budgets militaires des Etats-Unis, de l'U.R.S.S., de la Grande-Bretagne et de la France (réduction qui ne saurait modifier l'équilibre des puissances et qui pourrait être éventuellement con-

sentie par d'autres puissances militaires) permettrait de multiplier par milliers le nombre des laboratoires, des chercheurs et des expériences. Ainsi seraient dégagés les moyens d'une stratégie universelle de la recherche sur la vie. Il ne suffit pas de congrès, de communications, de rencontres de discipline à discipline : il faut un centre où puisse s'élaborer cette stratégie universelle qui s'impose.

« A l'institution serait confiée par ailleurs la tâche d'informer dans un langage simple, mais très exact, des progrès accomplis dans la recherche. L'opinion mondiale serait ainsi conduite à participer à une recherche et à un combat qui la concernent.

« Si les quatre chefs d'Etat des puissances désignées consentaient ce prélèvement dérisoire, le terme d'une victoire sur le cancer pourrait être avancé de nombreuses années.

« Nous nous adressons à la plus haute autorité de notre pays pour qu'elle donne en cette matière l'initiative à la France. »

Cet appel a été signé par MM. Louis Armand, Emmanuel d'Astier, Pierre Aupér, François Bloch-Lainé, R.P. Carré, Jean Hyppolite, Antoine Lacaze, Charles Le Corbusier, François Mauriac, Pierre Massé, Francis Perrin, François Perroux, Jean Rostand.

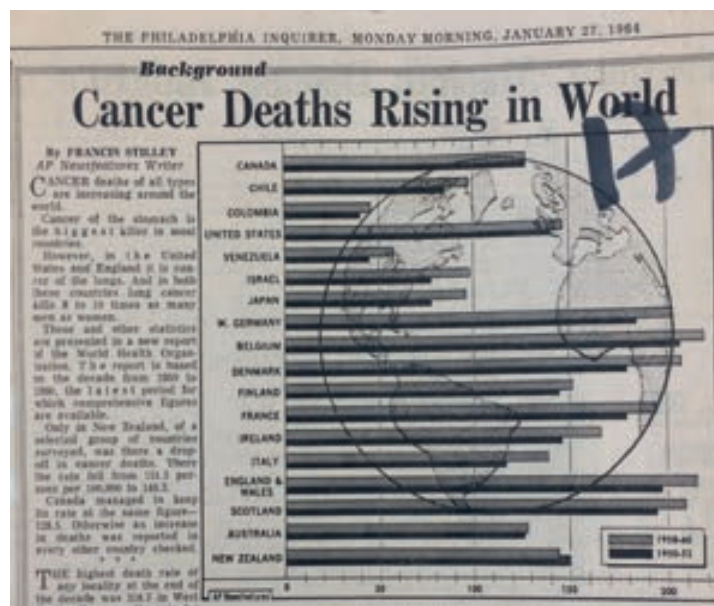
Una insignificante exacción en los presupuestos de las grandes Potencias permitiría el establecimiento de una institución internacional dedicada a la lucha por la vida, bajo el control efectivo de los organismos competentes de las Naciones Unidas y de expertos cancerólogos de indiscutible reputación. Los infrascritos señalamos que una reducción del 0,5% en los presupuestos militares de los Estados Unidos, de la URSS, del Reino Unido y de Francia (reducción que no podría alterar el equilibrio de fuerzas y que eventualmente podría ser acordada asimismo por otras potencias militares) permitiría multiplicar mil veces el número de laboratorios, de investigadores y de experimentos. (AINC 1964, f. 83)

A finales de 1963, gracias a la gestión del general De Gaulle, el ministro francés de Salud Pública, Raymond Marcellin, dirigió una carta en el mismo sentido de la misiva que se acababa de enviar a los colegas de la República Federal de Alemania, el Reino Unido, Italia, los Estados Unidos y la Unión Soviética. La respuesta favorable de estos países motivó a la fundación norteamericana Damon Runyon a recibir donaciones de obras de arte para financiar la iniciativa, lo que suscitó la programación de una reunión técnica en París, entre el 17 y el 18 de diciembre de ese mismo año, a fin de definir las condiciones de esta nueva entidad. Colombia estaba al tanto de este importante movimiento, como lo evidencia una carta del embajador en La Haya, Luis Carlos Iragorri, dirigida al ministro de Relaciones Exteriores del país, que fue enviada el 13 de enero de 1964. En ella, el diplomático se refiere textualmente a la acción de médicos, países y organismos internacionales en función de esta iniciativa:

Un grupo de científicos, escritores y sociólogos lanzaron un llamado a Rusia, Estados Unidos, Gran Bretaña y Francia para crear un instituto internacional de investigación sobre el cáncer. *Le Monde*, 8 de noviembre de 1963, página 13.

Por último quiero informar también al Ministro que en París se lleva a cabo una movilización general contra el cáncer de 20 especialistas americanos y europeos reunidos a petición de Francia, y con el apoyo del Presidente De Gaulle. Estos sabios son los más grandes cancerólogos de Estados Unidos, Gran Bretaña, Alemania del Oeste, Italia y Francia, los directores de salud de estos cinco países y el director general de la Organización Mundial de la Salud. El plan trazado se encuentra en el recorte que me permito acompañarle, tomado de «France Soir» del 18 de diciembre último. (AINC 1964a)

En una nueva carta fechada el 22 de enero de 1964, Iragorri informaba a los ministros de Relaciones Exteriores y de Salud Pública y al mismo director del INC, doctor Gaitán Yanguas, sobre un hallazgo que podría constituirse en un gran avance en la lucha contra el cáncer. Se trataba de la producción de un suero llamado *Anablaste*, descubierto por el biólogo M. Gaston Naessens, el cual habría permitido la mejoría de un niño francés, llamado Bernardo, que sufría una leucemia aguda mieloblástica. Varios periódicos como *France Soir* y *France Dimanche*, en sus entregas del 9 y del 15 de enero, hicieron eco a esta noticia y el Centro Anticanceroso Gustave Roussy y otras instituciones científicas de Francia iniciaron estudios para verificar la eficacia del suero. En los días siguientes no solo se descalificó el uso del *Anablaste*, sino que se descubrió que Naessens no contaba con un título real en biología. La asidua comunicación de Iragorri desde La Haya, aunque poco útil en el caso del *Anablaste*, resulta de gran interés para resaltar las buenas intenciones de los diplomáticos colombianos de informar al país sobre los adelantos científicos internacionales, como ocurrió también con el informe enviado al Gobierno nacional por el Consulado en



San Francisco, en relación con los avances en el conocimiento del cáncer de estómago en los Estados Unidos (AINC 1964b); o como fue el caso de la comunicación de la Oficina del Consulado de Colombia en Filadelfia sobre la relevancia que estaba cobrando el cáncer en el mundo, mediante el envío de un recorte del cotidiano *The Philadelphia Inquirer*, que incluía datos sobre el incremento del cáncer en Canadá (128,5 personas por cada 100 000 habitantes), en Estados Unidos (147,8 personas por cada 100 000 habitantes) y en Colombia (46,4 personas por cada 100 000 habitantes) (AINC 1964c). Este interés de los di-

Recorte del periódico *The Philadelphia Inquirer* (enero 27 de 1964) en el que aparecieron estadísticas sobre el incremento del cáncer. Esta información llegó al INC por el consulado de Filadelfia. Archivo INC.



plomáticos colombianos se centraba también en las iniciativas de la organización de la lucha contra el cáncer en Colombia, y en el mundo, como lo reveló en su momento la carta de Iragorri.

Una segunda conferencia para la creación de la IARC tuvo lugar en París entre el 27 y 28 de febrero de 1964 con participación de la Unesco y de la Unión Internacional contra el Cáncer, que había sido fundada en 1933. Se había previsto, de acuerdo con la OMS, un presupuesto de funcionamiento de 710 millones de dólares para poner en marcha la nueva agencia internacional. Después de reuniones, acuerdos y desacuerdos, además de la búsqueda de recursos, estos esfuerzos llevaron finalmente a la fundación de la IARC, el 20 de mayo de 1965, mediante una resolución de la Asamblea Mundial de la Salud que la definía como agencia especializada en cáncer de la OMS. El edificio de la sede de esta agencia fue proporcionado por Francia, país fértil en buenas iniciativas en lo que al cáncer respecta, en la ciudad de Lyon. La IARC cuenta hasta hoy con su propio Consejo de Gobierno. En 1965, sus primeros miembros fueron la República Federal de Alemania, Francia, Italia, el Reino Unido

Destacados investigadores del cáncer debatieron la «iniciativa francesa» en la conferencia de la UICC en Estocolmo del 7 al 9 de septiembre de 1964. Fotografía: *International Agency for Research on Cancer. 1965-2005. The first 50 years*, Rodolfo Saracci y Christopher P. Wild, p. 24, 262 p. ©International Agency for Research on Cancer, 2015.

y los Estados Unidos de América.² Este nuevo organismo y la histórica UICC contribuirían a diseñar e impulsar a escala global las acciones requeridas para enfrentar el cáncer. Su influjo llegó hasta Colombia, específicamente al instituto, lo que permitió que varios médicos que laboraban en él participaran en las conferencias internacionales de las dos instituciones mencionadas y aportaran datos significativos sobre el cáncer en el país, sobre los tratamientos aplicados y sobre la investigación que aquí se realizaba.

EL DEVENIR DEL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA PROMEDIANDO LOS AÑOS SESENTA

Desde julio de 1963, el INC venía solicitando al presidente Guillermo León Valencia el nombramiento de los miembros de la Junta Directiva, como lo establecía el Decreto 1598 de 1960. Este pedido fue hecho a través de varios oficios numerados y fecha-

2 Hoy en día, 26 países son miembros de la IARC. El primer director fue John Higginson (1966-1981), seguido por Lorenzo Tomatis (1982-1993), Paul Kleihues (1994-2003), Peter Boyle (2004-2008), Christopher Wild (2009-2018) y Elisabete Weiderpass (2019-presente).

dos en la segunda mitad de 1963: el 243 del 2 de julio, dirigido al ministro de Salud Pública; el 264 del 22 de julio, el 321 del 13 de septiembre y el 356 del 18 de octubre dirigidos al ministro de Fomento con la respectiva copia a la Presidencia de la República. Pese a la insistencia, en enero de 1964 aún no se había dado una respuesta formal a estas solicitudes, lo que limitaba las discusiones y la toma de decisiones en la Junta Directiva del instituto. Finalmente, cuando ya avanzaba 1964, el Gobierno hizo los nombramientos oficiales, lo que permitió el normal funcionamiento de dicha Junta que produjo, solo en lo que restaba de 1964, cerca de 37 acuerdos que ordenaban y regulaban distintos aspectos del funcionamiento del INC. Una de las primeras medidas tomadas fue la remoción del titular del cargo de administrador, debido a su ineficiencia, por lo que esta función quedó parcialmente en la dirección del instituto, sumándose a otras tareas. En el marco de estas nuevas responsabilidades, Gaitán Yanguas produjo más de 218 resoluciones y 500 oficios, solo en 1964, y fue dinámico en la participación en eventos científicos. Como los antiguos directores, tuvo también entre sus preocupaciones la de la proyección internacional de INC. En 1964 hizo presencia en la reunión del Comité de Pesquisa del Cáncer de la Unión Internacional en Oslo y en calidad de miembro de este comité viajó al Congreso Interamericano de Radiología en Caracas, al Simposio Latinoamericano de Cáncer en México y al Congreso Médico Nacional de Panamá. Pero tal vez lo más significativo de su actividad durante aquel año fue haber sido designado por la OMS como uno de los 25 expertos mundiales en cáncer dentro del grupo de consejeros de esta organización internacional (AINC 1964d).

Antes de terminar los años sesenta, el tercer Gobierno del Frente Nacional, presidido por Carlos Lleras Restrepo (1966-1970), propuso iniciativas modernizantes en la estructura cons-

titucional y en lo relativo al problema agrario, asunto crucial que ha determinado el carácter endémico de la violencia. También se preocupó por avanzar en la cuestión social, como lo demuestra la creación del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. A su vez, durante su mandato apuntaló decididamente el campo de la investigación creando Colciencias, un fondo dedicado a las investigaciones científicas y proyectos especiales que comenzó a funcionar en 1969. Con esta nueva institucionalidad se fortalecían los soportes estatales sobre los que se po-



Carlos Lleras Restrepo fue el tercer presidente del Frente Nacional. Fotografía: posesión de Carlos Lleras. Sady González, 7 de agosto de 1966. Fototecabogota.org

dría afianzar de una manera más integral y promisoría el cumplimiento de las tres funciones originarias del INC.

Durante el primer año del Gobierno de Lleras, en 1966, el presupuesto asignado al instituto fue de 14 400 000 pesos, de los cuales trece millones fueron aportados por la nación y 1 400 000 provenían de recursos propios³ (Osorio 2004, 40), lo que revela una continuidad en la dependencia del INC de los recursos del Estado, en paralelo a la existencia de grandes limitaciones para la venta de servicios. Esta estructura de financiamiento reflejaba un sistema de salud que para los años sesenta seguía siendo fragmentado, con un esfuerzo público importante, pero aún insuficiente y poco racional, y con impulsos institucionales limitados por la ausencia de consumidores que perfeccionaran un mercado de la salud significativo. También las gestiones para reforzar la seguridad social, aunque importantes, eran aún reducidas incluso para los estándares que requería la clase trabajadora de un país incipientemente industrializado.

En este mismo Gobierno de Lleras Restrepo se llevaron a cabo dos ajustes en el instituto que fueron renovando su normatividad y su estructura. El Acuerdo 0043 del 7 de septiembre de 1966 aprobó un nuevo reglamento y modificó la estructura administrativa; y la Resolución 221 del 16 de junio de 1967 complejizó el organigrama del INC, creando un Consejo Consultivo y una Comisión de Personal. Ello transformó en sección

los grupos que estaban a cargo de la administración y creó una división de asistencia médica bajo la cual quedaron los departamentos médico, quirúrgico, de radioterapia, de patología y citología, de laboratorio y banco de sangre y el de radiodiagnóstico (gráfica 3, página 314). También se creó la División de Servicios Especiales para agrupar las secciones de asistencia social, docencia, investigación, biblioteca, estadística médica, enfermería y educación sanitaria.

Los años sesenta también fueron testigos de la expansión de las funciones de salud pública adelantadas desde el instituto, que se convirtieron en antecedentes fundamentales para la consolidación del Plan Nacional de Cáncer en la década siguiente. Desde 1960 empezaron las campañas para el diagnóstico temprano del cáncer de cuello uterino, dentro de las cuales se inscribe la creación de la Escuela Nacional de Citología, en 1966, por parte de los doctores Armando Santamaría y Ricardo Alvarado. Esta escuela fue pionera en la formación de personal técnico, básicamente femenino, en el área de citología, con aval universitario y reconocimiento oficial. Durante muchos años, buena parte de las actividades de prevención en este campo eran apoyadas por las integrantes del voluntariado, tal como relata la señora María Teresa Villamizar, ex presidenta del Cuerpo de Voluntarias del INC:

El doctor Jordán me enseñó a tomar citologías, hice dos años de curso de toma de citología, iba al Centro de Salud n.º 6, que quedaba en la calle 66, abajo de la avenida Caracas; yo iba sola, me mandaban del instituto todos los equipos, guantes, espéculos, las hojas, y yo tomaba la citología, apuntaba todos los datos y los llevaba al instituto con las muestras. También íbamos a las empresas, dictábamos charlas sobre el cáncer de seno y sobre el autoexamen. (Entrevista Villamizar 2014)

3 Este presupuesto es elevado con respecto al aprobado para 1960, que se aproximaba a los dos millones. La razón es que en 1966 el presupuesto total de funcionamiento correspondía realmente a 5 560 000, de los cuales 1 400 000 correspondían a recursos propios y 4 160 000 a recursos de la nación, pero a ese presupuesto se le sumaron 8 840 000 de inversión.

El impacto que comenzaron a tener las citologías en el comportamiento del cáncer de cuello uterino en el país a partir de estos años no solo ayudó a salvar vidas sino que contribuyó a la construcción de un conocimiento y una destreza técnica en este campo que fortaleció el accionar del INC en los años siguientes, posicionándolo como un espacio destacado dentro del sistema de salud. Ahora bien, mientras el instituto se adecuaba a las nuevas configuraciones institucionales del país y ordenaba su funcionamiento interno, se iban desarrollando nuevos campos en la prestación de servicios y se incorporaban nuevas tecnologías. En 1960 se creó el Servicio de Cirugía de Tórax, donde, aparte de las intervenciones quirúrgicas que se iban depurando al ritmo de la práctica, el Dr. Humberto Ibáñez comenzó a promover debates acerca de la relación entre tabaquismo y cáncer de pulmón, cuya importancia ha venido creciendo desde entonces. Posteriormente, en agosto de 1961, fue creado en el instituto el Departamento de Ortopedia y Oncología Esqueleto-Motora, gracias a la iniciativa del director Mario Gaitán Yanguas y bajo el liderazgo del doctor Diego Soto Jiménez, profesor emérito del Grupo de Ortopedia Oncológica del INC (Soto 2002).

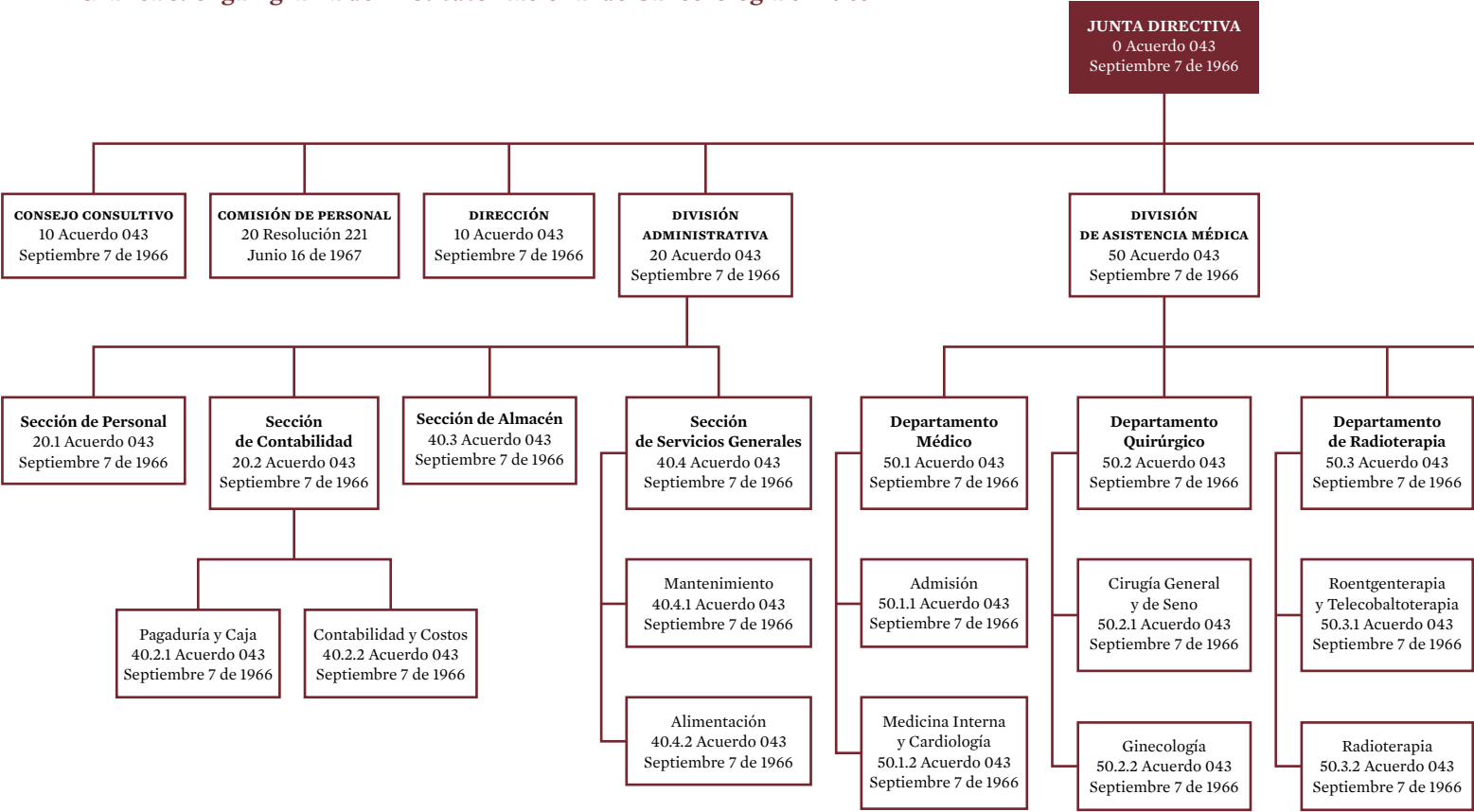
Las cirugías del área de ortopedia se habían hecho cada vez más comunes y, al mismo tiempo, más especializadas, situación que se enfrentó en el Servicio de Tumores Óseos, donde el doctor Soto Jiménez empleó sus aprendizajes sobre nuevas técnicas de amputación para enfocar intervenciones cada vez más concentradas en garanti-



Giorgius Papanicolau, médico griego que desarrolló la citología (o prueba Papanicolau) para la prevención y la detección precoz del cáncer de cuello uterino. Esta técnica fortaleció la acción del INC en términos de prevención y de construcción de conocimiento sobre este tipo de cáncer.

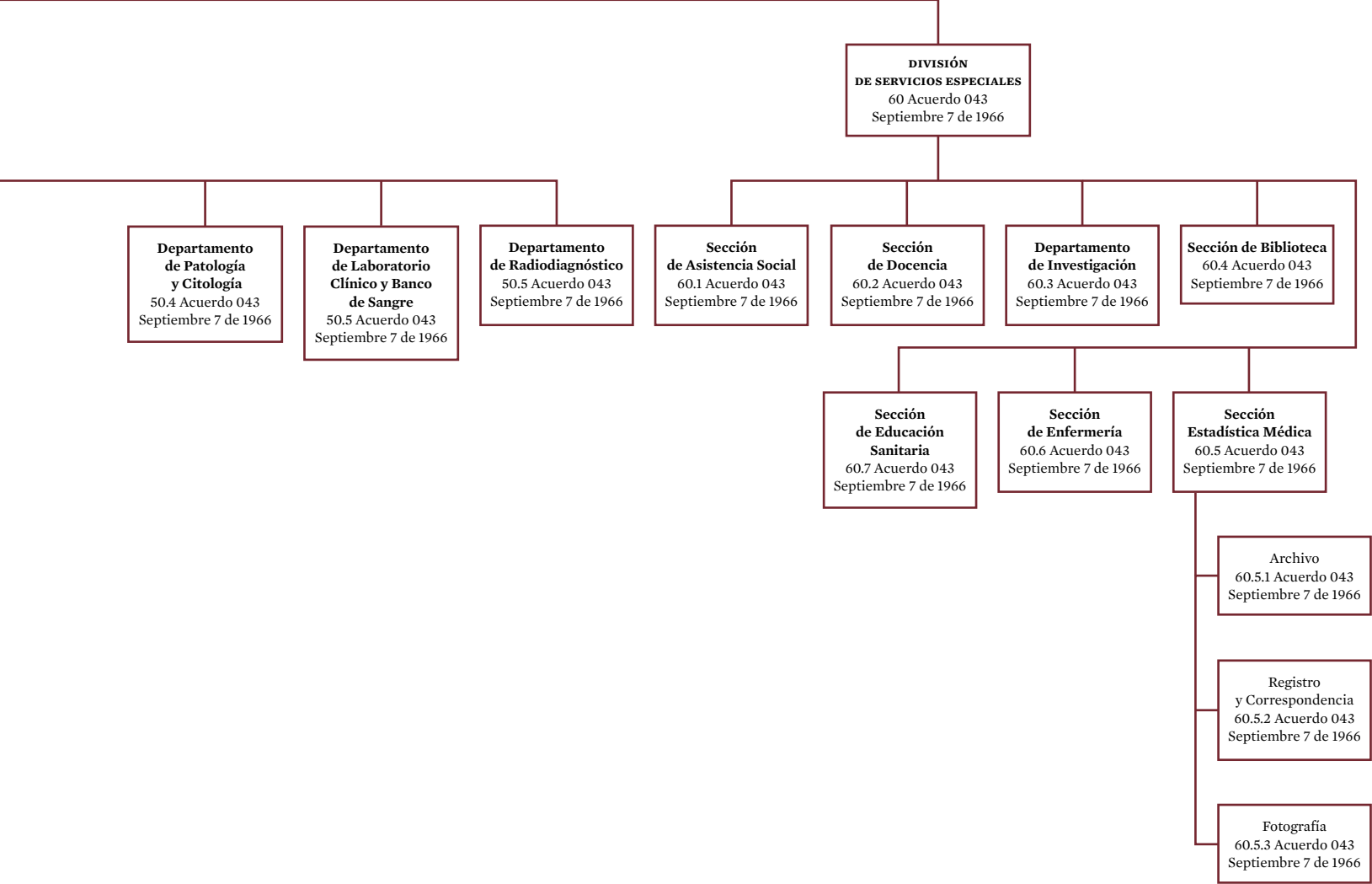
El INC fue pionero en la adquisición de un equipo de cobaltoterapia en el país. Fotografía: Archivo INC.

Gráfica 3. Organigrama del Instituto Nacional de Cancerología en 1967



■ Periodo 3: del 7 de septiembre de 1966 al 11 de septiembre de 1969.
Fuente: Archivo INC.

Normas
Acuerdo 043 del 7 de septiembre de 1966
Resolución 221 del 16 de junio de 1967



Algunos Aspectos Clínicos de los Linfomas

Dr. Arry Constantin J.

Esta revisión de 200 casos de linfomas vistos en el Instituto Nacional de Cancerología en un período aproximado de 5 años ha tenido por objeto estudiar el cuadro clínico que presentaban los pacientes en el momento de consultar por primera vez y sin haber recibido ningún tratamiento, con el fin de allegar datos que nos permitieran observar la sintomatología, evolución y en general el comportamiento de estos tumores en sus distintas variedades histológicas. Además queríamos ver si en nuestro medio los síntomas descritos en los tratados pertinentes tenían el valor diagnóstico que se les atribuyen y qué otros datos de interés podíamos encontrar. De acuerdo con los resultados anatómo-patológicos dividimos los casos en seis grupos a saber:

- Enfermedad de Hodgkin
- Reticulosarcoma
- Linfoma gigantomaculoso
- Linfomasarcoma linfocítico
- Linfomasarcoma linfoblástico
- Linfoma maligno (cuando la histología no definió la variedad)

• 20 •

zar la funcionalidad postoperatoria. En 1961, los miembros de este servicio participaron en el Congreso Nacional de la Sociedad Colombiana de Ortopedia, presentando la experiencia acumulada con un número de casos de cáncer muy significativo. Además de estas nuevas instancias asistenciales, el instituto continuó dotándose de tecnologías para su funcionamiento. Gracias a la gestión de Efraim Otero Ruiz ante la U.S. Army Environmental Command, el Cancerológico consiguió la primera bomba de cobaltoterapia del país y recibió en 1961 el primer gammagrafo lineal que permitió, junto a otros instrumentos, el desarrollo de la gammagrafía con radioisótopos para estudios hepáticos con coloides radioactivos en tumores y abscesos hepáticos amebianos. Para ello fue vital el apoyo económico de la Agencia Internacional de la Energía Atómica.

La entronización de los nuevos equipos estuvo acompañada de ajustes en los manuales de funciones, así como en la preparación del recurso humano que debía escalar en el terreno de lo científico y lo propiamente técnico para poder ubicarse al frente de la tareas que le competían. Arry Constantín asumió la sección de Radioterapia en 1960 en donde permaneció quince años. Se incorporó al instituto Enrique Constantín, hermano de Arry y especialista en oncología y radioterapia, formado en Brasil. También reforzaron el frente médico Jaime Bohórquez, Álvaro Ariza, Álvaro Rosas, Guillermo Gómez, Roberto y Fabio Restrepo Ángel (hijos de Roberto Restrepo), Calixto Noguera, Armando Gaitán, Mario Angulo y Jaime Ahumada. Sin embargo, este crecimiento técnico y humano se vio opacado por nuevas alertas de insolvencia presupuestal del instituto en un contexto de crisis económica en el país. En efecto, en 1964 se presentó un déficit en el presupuesto de la institución que preocupó a sus directivos y a sus empleados. Esta situa-

Escrito del doctor Arry Constantín, encargado de la Sección de Radioterapia del INC durante 15 años, publicado en el *Boletín del Comité Nacional de Lucha contra el Cáncer*. Bogotá, diciembre de 1961, n.º 4, p. 20. Biblioteca INC.

ción se debía al incumplimiento por parte del Gobierno en el giro oportuno y en la cantidad acordada de los recursos que le correspondían al INC, lo que era aún más alarmante por la crítica situación económica que vivía el país y que generó en ese momento un fenómeno inflacionario preocupante. Situaciones similares se tornaron en una constante desafortunada contra la cual el instituto lidió creativamente para sobrevivir, como muchos hospitales públicos, en medio de un sistema nacional de salud que patinaba. Como refiere el *Informe de actividades* de 1964, el aporte del Gobierno constituía el 81% del presupuesto general del instituto, mientras las rentas generadas por el pago que realizaban los pacientes fueron solo el 19%. Tampoco llegaba el auxilio de 20 000 pesos que la Beneficencia de Cundinamarca se había comprometido a girar el 20 de mayo de 1964 para gastos de dotación (AINC 1964e). En la tabla 36 se presentan discriminados los recursos del presupuesto proyectados y los recursos efectivos para 1964:

Los egresos efectivos, por su parte, significaron un total de 5 535 150 pesos frente a los 5 328 903 que se habían presupuestado. El aumento en el costo de algunos productos básicos y materiales de construcción fue en buena medida la razón por la cual se produjo este déficit que condujo a que el instituto tuviera que asumir gastos superiores en un 20 % respecto a los de 1963. La preocupación de los directivos por esta situación resulta apenas lógica si se tiene en cuenta el número de pacientes, los costos de su atención, así como la carga laboral y de insumos que tenía la entidad en aquellos años. Para un total de 6 697 pacientes atendidos en 1964 se tenía un costo en promedio de 745 pesos por enfermo nuevo, el cual era superior en 131 pesos al año anterior. No obstante, teniendo en cuenta que al INC asistían cerca de 5 000 pacientes que regresaban después de haber

Tabla 36. Presupuesto del instituto en 1964

Ítem	Ingresos	
	Presupuestados	Efectivos
Aporte del Gobierno nacional	3 000 000	2 750 000
Sobrante y superávit de 1963	561 958	561 958
Reserva para compra de lote	210 000	210 000
Reserva para construcción de laboratorios de investigación	280 000	280 000
Contrato con la Universidad Javeriana en 1963	15 000	7 500
Saldo del contrato con la Universidad Javeriana, 1963	7 500	7 500
Cuentas por cobrar	402 792	388 332
Rentas	700 000	756 349
Reserva para cuentas por pagar	151 642	58 918
Auxilio de la Beneficencia de Cundinamarca	-	100 000
Donaciones particulares	-	550
Reintegros	-	3 505
Venta de bienes	-	5 650
Préstamo de la Liga Colombiana de Lucha contra el Cáncer	-	90 000
Otros ingresos	-	5 317
Totales	5 328 903	5 225 581

Fuente: construida con base en el *Informe anual de labores* de 1964 (AINC 1964d).

sido tratados en el pasado, el valor de este costo por cada uno se reducía en realidad a 429 pesos (AINC 1964d). Este número de pacientes era atendido por una planta de personal significativa, pero aún precaria, dadas las necesidades asistenciales existentes. Para 1964, el instituto contaba con 294 empleados que incluían 70 médicos (de los cuales 12 eran becarios y 7 trabajaban *ad honorem*), un odontólogo, 94 auxiliares paramédicos (entre laboratoristas, enfermeras, instrumentadoras, técnicos de rayos X, auxiliares de anestesia, entre otros), 30 oficinistas (cajero, almacenistas, mecanógrafas), 75 personas de servicio doméstico, 3 asistentes sociales y 21 trabajadores diversos (porteros, fotógrafo, celadores, mecánicos, etc.) (AINC 1964d). Su distribución en las distintas dependencias se ilustra en la tabla 37.

Tabla 37. Personal en 1964

Área	Número
Dirección	2
Administración	100
Asistencia médica	175
Asistencia social	3
Investigación	1
Docencia y biblioteca	13

Fuente: construida con base en el *Informe anual de labores* de 1964 (AINC 1964d).

De este conjunto de empleados, 96 recibían alojamiento y alimentación completa en el instituto. Ello incluía a las Hermanas de la Presentación, a los residentes, al técnico en patología, al ascensorista y a las empleadas domésticas. Adicionalmente, otros técnicos y auxiliares en diferentes campos recibían ali-

mentación debido a sus extensas jornadas de trabajo. Este conjunto de empleados cumplía a cabalidad sus funciones y de manera articulada hacía funcionar una institución compleja que seguía siendo *sui generis* en el sector de la salud.

Además de los entuertos financieros, existían otras dificultades en la organización de los servicios de salud en el país que afectaban al instituto, por ejemplo, la ausencia de un jefe de presupuestos o un jefe de división financiera, hecho que impedía llevar a cabo adecuadamente los procesos de programación, ejecución y control de los presupuestos en una entidad descentralizada, como lo era ya el Cancerológico. Este vacío se hizo evidente hacia finales de 1964, en un intercambio epistolar entre el director Nacional de Presupuesto, Eduardo Wiesner Durán, y el director del INC, Mario Gaitán Yanguas, donde el primero invitaba a que el instituto enviara al jefe de presupuesto o al jefe de finanzas a un seminario de aplicación práctica de la técnica de Presupuesto por Programas en los Organismos Descentralizados (AINC 1964f). El director Gaitán repuso: «Este Instituto no dispone de una persona encargada de las funciones mencionadas. El presupuesto es elaborado por la Dirección y sometido a la aprobación de la Junta Directiva, la cual nombra una comisión de entre sus miembros (médicos y no médicos) para estudiar el proyecto de presupuesto y adoptar la forma definitiva» (AINC 1964g).

Otra dificultad tenía que ver con la claridad en el pago de los subsidios de transporte para los empleados de acuerdo con su dedicación horaria, asunto que fue aclarado por el Ministerio de Trabajo (AINC, 1964h), y un problema adicional se derivaba del sistema de adquisición de implementos, insumos y medicamentos. Este fue un tema de difícil manejo, agravado, además, por la obligación que impuso el Gobierno a todas las entidades

asistenciales que recibieran auxilios de hacer sus compras a la Corporación Proveedora de Instituciones de Asistencia Social (Corpal).⁴ Sin embargo, esta entidad disponía de pocos artículos y la mayoría de las veces los vendía a un costo mayor que otros proveedores. Por ejemplo, en 1964, de 67 artículos solicitados por el Cancerológico, incluyendo algunos medicamentos, solo cuatro resultaron ser más baratos que los ofrecidos por otras firmas comerciales de la competencia; y esto sin mencionar que Corpal demoraba varios meses en la entrega de lo que se le compraba (AINC 1964d).

EN MEDIO DE LAS NECESIDADES, LO PÚBLICO MUESTRA SUS FORTALEZAS

A pesar de los inconvenientes y retos que enfrentaba el INC, la vida asistencial crecía y el número de personas que acudía a usar sus servicios auguraba un cambio importante y positivo en el enfrentamiento del cáncer en el país y en la atención a los afectados por esta enfermedad. La puerta de entrada de los enfermos era la Unidad de Asistencia Social, instancia que tuvo

4 Esta entidad era un establecimiento público descentralizado, con personería jurídica y patrimonio propio e independiente, que tenía como finalidad la «provisión de productos farmacéuticos, elementos de asistencia médica, odontológica, dotación de equipos, etc., a las instituciones de asistencia pública oficiales, semioficiales o privadas sin ánimo de lucro». Fue muy criticada por el desabastecimiento de medicamentos que produjo en 1957, por lo que intentó ser reformada en 1965, pero las resistencias de funcionarios y políticos no lo permitieron (Vega 2010, 152).

muy buenos resultados y se convirtió en un soporte vital para la atención integral de los pacientes. Promediando los años sesenta, la unidad estaba a cargo de la señorita Graciela Ramírez y su colaboradora, Yolanda González. Dentro de sus funciones se destacaba la clasificación de los pacientes en el momento del ingreso, de acuerdo con su condición socioeconómica y con el lugar de procedencia. Los informes de estas funcionarias permiten saber que en 1964 el instituto recibió pacientes de Bogotá y Cundinamarca, mayoritariamente, con una proporción muy pequeña de enfermos provenientes de lugares tan distantes como la intendencia del Caquetá o los departamentos de Córdoba o Chocó, tal como se indica en la tabla 38 (página siguiente).

Estos datos no representan la frecuencia de cáncer en estas zonas, sino las posibilidades de acceso de sus habitantes al INC. Naturalmente, los departamentos más cercanos a la capital eran los que ocupaban los primeros lugares, y los más retirados, los que menos aportaban pacientes al instituto, lo cual evidenciaba las barreras geográficas, económicas y de transporte para el acceso a los servicios que prestaba.⁵ Por otra parte, la mayoría de los pacientes atendidos que ingresaban por el Servicio de Asistencia Social hacía parte de lo que en su tiempo se conocía como «la clase económica más débil», clasificada en la categoría E, lo cual reafirmaba la extendida idea de que el instituto era una entidad orientada por la «caridad de Estado» o, en el mejor de los casos, por el concepto de «asistencia social». Esta percepción desanimaba a los pacientes de estratos altos para

5 Llama la atención el número de pacientes extranjeros que superaba incluso a los que provenían de algunos departamentos del país. Con seguridad, debían de ser originarios de países vecinos.

Tabla 38. Procedencia de los pacientes recibidos en 1964 por el Servicio de Asistencia Social

Procedencia	Número	Porcentaje
Bogotá D. E.	3094	43
Cundinamarca	2064	29
Boyacá	846	12
Tolima	571	8
Santander	272	3
Caldas	213	2
Huila	151	1,5
Valle	120	1,4
Norte de Santander	108	1,1
Meta	78	1
Magdalena	72	-
Antioquia	66	-
Nariño	66	-
Atlántico	37	-
Bolívar	32	-
Cauca	17	-
Caquetá	15	-
Chocó	14	-
Córdoba	9	-
Otros territorios nacionales	23	-
Otros países	24	-
Total	7892	-

Fuente: construida con base en el *Informe anual de labores* de 1964.

Tabla 39. Número de enfermos, por categoría, recibidos en 1964 por el Servicio de Asistencia Social

Categoría	Número de enfermos	Porcentaje
A (pago total)	23	0,3
B (paga 75 %)	362	5
C (paga 50 %)	155	2,2
D (paga 25 %)	683	9,5
E (no paga)	5969	83

Fuente: construida con base en el *Informe anual de labores* de 1964.

solicitar allí atención médica y atraía un alto número de los pacientes más pobres, que no tenían otra opción. En la tabla 39 se aprecia en números absolutos y relativos la distribución de los pacientes según su capacidad de pago durante 1964.

Sin embargo, en 1964, la categoría A aportó 73 435 pesos más que el año anterior; entre tanto, la categoría B aportaba un número importante de ingresos, ya que en ella quedaban incluidos tanto los pacientes remitidos por el Instituto Colombiano de Seguros Sociales como los enviados por las cajas de previsión regionales, las mutuales, las empresas y las formas patronales de protección del trabajo (AINC 1964d, 11). Este último aspecto se explica porque en los años sesenta tuvo lugar en el país un proceso de ampliación moderada de la afiliación a la seguridad social y una expansión de los beneficios pagados en especie a las familias de los afiliados, en la medida en que creció la industria y otras formas de producción y con ellas las relaciones salariales, sobre todo en las principales ciudades del país. Así que el soporte de la seguridad social al sistema de salud se robustecía,

mientras la asistencia pública intentaba ordenarse con la planificación y la racionalización de los hospitales y del recurso humano. No obstante, no siempre fue fácil que los dineros de la seguridad social fluyeran de manera oportuna hacia el instituto, bien porque las entidades de este sector no pagaban las tarifas correspondientes a las categorías A o B, intentando que sus empleados fueran atendidos en la categoría C, o en la medida en que se ponían trabas burocráticas para no pagar los aportes.⁶ Un ejemplo de ello se hizo evidente en diciembre de 1964, cuando el director del Cancerológico se vio obligado a supeditar la atención de la paciente Benigna de Rodríguez —esposa de José Ignacio Rodríguez, trabajador del Distrito de Carreteras del Meta, entidad dependiente del Ministerio de Obras Públicas— al pago de la tarifa de sesenta pesos por la pensión diaria de hospitalización, pues existían varias cuentas pendientes de la Caja de Previsión del Meta y del propio Ministerio de Obras Públicas, y, además, estas entidades solo autorizaban una pensión de 45 pesos por día (AINC 1964i). Esta situación no se limitaba al departamento del Meta ni a 1964. Un listado de cuentas por cobrar de 1968 revela las deudas de diversas alcaldías, de las cajas de previsión social municipales de Tunja, Villavicencio, La Dorada y Cúcuta, entre otras, y de las cajas departamentales del Magdalena, Boyacá, Cundinamarca, Nariño, Putumayo y Huila. El valor de esas deudas era muy significativo y sumado a lo que adeudaban ministerios, universidades, el propio Instituto Co-

lombiano de Seguros Sociales y otras instituciones la cifra ascendía a 548 303 pesos (AINC 1968). En los meses siguientes, algunas de estas deudas fueron pagadas; no obstante, en los años posteriores la tendencia fue el incremento de nuevas obligaciones sin pagar que llevaron a Gaitán Yanguas a plantear la cancelación de la prestación de los servicios a algunas instituciones.

Ahora bien, volviendo a 1964, el rol de la asistencia social dentro del INC se completaba con otras funciones asumidas institucionalmente, como la entrega de mercados a las familias de los pacientes y el regalo de pasajes aéreos para que los enfermos pudieran viajar a Bogotá y asistir al instituto; también solía financiarse el alojamiento de los pacientes de provincia en la capital, los medicamentos, las transfusiones de sangre, la provisión de servicios de guarderías infantiles, la gestión para la hospitalización en otras entidades cuando se hacía necesario, los avisos telefónicos y telegráficos a familiares, las visitas domiciliarias, ropa, proyección de películas, etc. (AINC 1964d). Con este esfuerzo, nada despreciable, se apoyaba a los enfermos y a sus familiares para liberarlos de las necesidades socioeconómicas que obstaculizaban el seguimiento, la adherencia y la continuidad en los tratamientos, así como la realización de los controles. El efecto de todo ello, además de incrementar las cargas económicas y de servicio del instituto, era también de tipo psicológico y humanitario y se traducía en mayores expectativas de curación, más bienestar para el paciente y la familia y mejores registros clínicos que constituían una base de experiencia y de datos muy sólidos para la investigación y la gestión administrativa.

Más allá de la función de la Unidad de Asistencia Social, lo significativo para 1964 fue el incremento global de pacientes que acudieron al INC, pese a las limitaciones presupuestales y en ocasiones a problemáticas puntuales como el racionamiento

6 Algunas cuentas eran rechazadas porque la remisión al instituto establecía un valor a pagar menor al de los servicios prestados o porque no traían los datos básicos de los pacientes, datos que no habían sido provistos inicialmente por la Caja de Previsión a la que pertenecían.

de agua en Bogotá, que llevó en marzo de ese año a negar servicios de hospitalización por varios días, debido al mal funcionamiento de la lavandería y las calderas, lo que obligó a derivar a los pacientes a la consulta externa; así ocurrió, por ejemplo, con el soldado Daniel Bautista Varela, que había sido remitido por la sanidad del Ejército (AINC 1964j). Como ya se anotó, la mayoría de los pacientes admitidos era de bajos recursos, de modo que en la Junta Directiva del instituto se propuso comprar un lote para construir mejores espacios y habitaciones más confortables en la perspectiva de organizar un sistema de citas que permitiera la atención preferencial para pacientes que pagaran por sus servicios, evitando «la mezcla con los pacientes de categoría E en las distintas consultas y tratamientos» (AINC 1964d, 14). Con estos proyectos funcionando, en 1964 se recibieron 6697 pacientes (ver tabla 40). Esta cifra suponía un aumento del 8 % con respecto al año anterior y la atención de 27,5 pacientes al día a lo largo del año (AINC 1964d, 15). La cantidad era menor a la registrada por la Unidad de Asistencia Social (tabla 39), debido a que muchos pacientes ingresaban a la entrevista en este último servicio, pero se retiraban sin pasar a la consulta médica.

Al igual que en las décadas anteriores, no todos los pacientes nuevos recibidos estaban enfermos de cáncer, de modo que del total de pacientes en 1964 (6697), el 37 % (2486) fue enviado a otros hospitales por no tener sospechas de malignidad y el 38 % (2523) se estudió o trató dentro del instituto por enfermedades no malignas. Solamente un 25 % (1688 pacientes) presentaba un diagnóstico claro de cáncer (AINC 1964d, 16). Tal vez este comportamiento obedecía a que la población, en general, no tenía un conocimiento adecuado sobre la enfermedad. Además, una parte importante de los médicos del país aún no lograba hacer un diagnóstico acertado de muchas manifestaciones iniciales

del cáncer, y ello es comprensible, pues faltaba una mejor formación oncológica en las Facultades de Medicina, lo que abría un camino largo por desbrozar en el conocimiento de esta enfermedad y sus proteicas manifestaciones. Adicionalmente, en los servicios de urgencia de las zonas urbanas a los pacientes se les remitía en busca de un mejor diagnóstico y un tratamiento a un hospital no especializado.

Lo cierto es que a los pacientes que tenían cáncer confirmado, en este año de 1964 el INC les dispensó 1907 sesiones de radioterapia, 1362 cirugías, 118 tratamientos de quimioterapia y otro conjunto menor de acciones de terapia y atención médica. Dentro de la radioterapia fue muy importante el uso de rayos X con cerca de 1012 aplicaciones, seguido por el cobalto con 445, el *radium* con 419, el estroncio con 3 y el uso de radioisótopos en 28 casos (AINC 1964d, 16). Estos datos dan cuenta de un cambio en el comportamiento de la terapéutica con respecto a las décadas anteriores, cuando primaban los tratamientos con *radium*. Esta transformación seguramente estaba favorecida por la adquisición de nuevos equipos, tarea que ocupaba la atención de las directivas del instituto de manera permanente. En efecto, unos años más adelante, en 1969, se compró nueva tecnología para el Grupo de Radioisótopos, que en 1971 se convirtió en el grupo de Medicina Nuclear; en ese mismo año se fundó el Laboratorio de Biología Experimental, el cual fue equipado con la primera unidad de microscopía electrónica de Colombia.

En los años sesenta, la quimioterapia comenzaba a señalar un cambio interesante y prometedor en el enfoque de la atención del cáncer que si bien no desplazaba a la radioterapia y la cirugía, sí planteaba una interrelación nueva y compleja con estas otras dos modalidades de la terapéutica anticancerosa. Justamente a principios de esa década, Juan Jacobo Muñoz, inspirado en

Tabla 40. Número total de pacientes recibidos en 1964 por género y grupo etario

Adultos	Hombres		Mujeres		Total	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número de adultos respecto del total	Porcentaje de adultos respecto del total de pacientes
	1585	25,5	4631	74,5	6216	93
Niños	Hombres		Mujeres		Total	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número de niños respecto del total	Porcentaje de niños respecto del total de pacientes
	222	46	259	54	481	7
Suma de adultos y niños	Hombres		Mujeres		Total	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Total de pacientes	1807	27	4890	73	6697	100

Fuente: construida con base en el Informe anual de labores de 1964.

las experiencias de Oscar Creech Jr. y Edward T. Kremenz en Nueva Orleans, aplicó en el instituto la técnica de la perfusión aislada, es decir la aplicación por vía intra-arterial de agentes quimioterapéuticos que aislaban la circulación de retorno con torniquetes venosos. Esta técnica fue empleada sobre todo en tumores de las extremidades como sarcomas óseos, de tejidos blandos como melanomas o en la enfermedad de Kaposi, aun-

que en Colombia el doctor Fabio Restrepo la empleó para tumores de cabeza y cuello, y Gómez-Echeverry en el tratamiento del dolor en cáncer avanzado de pelvis (Otero 1999, 152).

La aplicación de la quimioterapia en el INC contribuyó, sin duda alguna, a un cambio en la orientación terapéutica, siempre de la mano con el departamento de radioterapia. En ese año se llevaron a cabo 118 tratamientos con citostáticos que in-



cluían: glucocorticoides, dogranol (manomustina), tem, trenimon, azetepa, mustar-gen, clarambucil, metotrexato, metocina, talidomida, actinomicina D, uretano 5-fu y Mylorán. También se consiguió un equipo para perfusión extracorpórea, así como una bomba de infusión continua que se esperaba poner en funcionamiento en 1965, con el ánimo de alcanzar los buenos resultados que se estaban logrando en otros hospitales del mundo (AINC 1964d). En ese año, precisamente, el grupo de radioterapia revisó los resultados de una década de quimioterapia mostrando la superación de la etapa experimental y la consolidación de esta terapéutica como parte integrante de la rutina cancerológica en Colombia.

En los años sesenta, la quimioterapia comenzaba a señalar un cambio interesante y prometedor en el enfoque de la atención del cáncer que si bien no desplazaba a la radioterapia y la cirugía, planteaba una interrelación nueva y compleja con estas otras dos modalidades de la terapéutica anticancerosa.

Hasta los años sesenta el tratamiento del osteosarcoma era la cirugía mutilante y se sugería ampliarla hasta las articulaciones proximales para lograr un mayor rango de sobrevida. Esta, en realidad, solo alcanzaba entre el 5 % y el 7 % de los pacientes operados. La escuela quirúrgica inglesa para el manejo del cáncer sugería, además, altas dosis de irradiación después del procedimiento quirúrgico, siempre y cuando no

Oscar Creech Jr. y Edward T. Krementz, pioneros de la técnica de perfusión aislada, utilizada en el INC a principios de la década de 1960. Fotografías: (arriba) Oscar Creech Jr., Matas Photo Collection n.º 1523-600 y (abajo) Edward T. Krementz, Matas Photo Collection n.º 1609, Tulane University, Rudolph Matas Library of the Health Sciences.

se presentaran metástasis pulmonares. A pesar de que los resultados de este abordaje no eran completamente satisfactorios, entre 1968 y 1972 se inició en el INC el uso de la quimioterapia adyuvante que produjo sobrevivencias del 60 %. La función de esa quimioterapia, sobre todo en el cáncer de mama, «sería erradicar los depósitos cancerosos microscópicos que quedaran después de la cirugía [...] en el cuerpo» (Mukherjee 2011, 277). Estos resultados mejoraron notablemente con la técnica de la perfusión intra-arterial del fármaco y con la perfusión con quimioterapia neoadyuvante aplicando ciclos y protocolos provenientes de escuelas como la inglesa (Soto 2003).

Ahora bien, los desarrollos de la quimioterapia suponían un ajuste organizativo del instituto, como en efecto se hizo, lo que demostraba su rápida capacidad adaptativa para asumir las innovaciones internacionales. Desde la creación del Instituto Nacional de Radium los radioterapeutas habían sido el eje del desarrollo de la oncología (Llamas y Cadena 2004, 21) y la radioterapia el tratamiento por excelencia. Pero en los años sesenta y setenta, siguiendo el ejemplo de la escuela francesa, la quimioterapia en el instituto se había independizado y había dejado atrás la perspectiva que la entendía básicamente como complementaria de la radioterapia. Durante muchos años, el doctor Mario Gaitán Yanguas fue el único que administraba quimioterapia en el instituto y a su lado se formaron los doctores Manuel Iregui y Luis Carlos Martínez. La ampliación definitiva en el uso de la quimioterapia con nuevos fármacos tuvo lugar en los años setenta, cuando se consolidó un servicio dedicado a este campo de la oncología.

Además de estos servicios asistenciales, durante los años sesenta se inauguraron nuevos espacios para brindar mejores opciones terapéuticas y de rehabilitación a los pacientes. El alto

número de consultas de fisioterapia y de transfusiones exigió la implementación de una perspectiva más moderna e integral en la atención, que incorporaba nuevos conocimientos y soportes para mejorar la sobrevivencia de los enfermos. A estas transformaciones se sumó un aumento de consultas y diagnósticos en la Unidad de Endocrinología, el cual revelaba la alta incidencia de afectaciones como el hipotiroidismo (la más frecuente), el hipertiroidismo, el carcinoma de tiroides, la enfermedad de Cushing, entre otras. Este departamento sufrió algunas dificultades para poner en funcionamiento un nuevo equipo que se había adquirido en 1963 para el estudio de la función renal, lo que impidió, además, el adelanto de una investigación sobre el estroncio radioactivo y su impacto sobre los huesos que se tenía planeada.

Volviendo a los resultados asistenciales del instituto, en términos de la localización y frecuencia de las enfermedades, las de la piel retornaron al primer lugar por un solo caso, superando a las ginecológicas, a las de vías digestivas y a las de seno. En materia de neoplasias malignas, los cánceres de origen ginecológico se imponían con 529 casos y de ellos la gran mayoría (441) correspondían a cáncer de cuello uterino. Este hecho consolidaba a las afecciones ginecológicas como las primeras causas de enfermedad y de neoplasias malignas en el registro de la atención prestada por el INC, modificando la tendencia descrita en los informes de los primeros años de vida institucional, cuando predominaban las afecciones dermatológicas y el cáncer de piel (tabla 41).

En la tabla 42, más allá de comparar datos que se produjeron en tiempos y espacios diferentes y con metodologías distintas, se busca mostrar cómo, con la información provista desde 1927, primero en el San Juan de Dios (Esguerra), luego en el instituto

Tabla 41. Cuatro primeros tipos de afecciones del número total de casos nuevos atendidos por el INC, 1964

Localización	No neoplásicas	Neoplásicas malignas	Neoplásicas benignas	Total
Cutáneas	84	421	1178	1683
Ginecológicas	886	529	247	1682
Vías digestivas	111	249	69	429
Seno	58	149	209	416

Tabla 42. Principales localizaciones de las cuatro primeras afecciones y neoplasias malignas, incluyendo el cáncer de cuello uterino, en pacientes atendidos entre 1927 y 1964 en Bogotá*

		1927-1930		1936		1935- 1945		1957	
Localización		N.º	Posición	N.º	Posición	N.º	Posición	N.º	Posición
Cutáneas	Todas	56	1	107	1	1303	1	943	1
	Neoplasias malignas							359	
Ginecológicas	Todas	5	2	56	2	722	2	681	2
	Neoplasias malignas					584		376	
	Cáncer cuello uterino					541		332	
Vías digestivas	Todas			27	4			250	3
	Neoplasias malignas							167	
Seno	Todas			27	4	438	3	228	4
	Neoplasias malignas							124	

(Osorio y Posso) para 1936, más adelante con la tesis de Uribe de 1935-1945 y, finalmente, con los datos institucionales de 1957, 1958, 1959, 1960 y 1964, las enfermedades dermatológicas y el cáncer de piel, que ocupaban los primeros lugares en 1927 y hasta 1958, fueron desplazados en frecuencias simples por las enfermedades ginecológicas y, particularmente, por el cáncer de cuello uterino. Además, desde 1957 es posible evidenciar un mayor número de casos de neoplasias malignas ginecológicas que sobrepasa a las malignas de piel y, desde 1958, una sola entidad, el cáncer de cuello uterino, comienza a superar al conjunto de neoplasias malignas de la piel, en una tendencia que se mantendrá en los años siguientes en el perfil epidemiológico del país.

Cabe preguntarse si la centralidad del cáncer de piel en los datos producidos antes de los años cuarenta estaba relacionada con las dificultades diagnósticas y de conocimiento sobre otros tipos de cáncer, como el de cuello uterino, que requería técnicas e

Fuente **tabla 41:** construida con base en el *Informe anual de labores* de 1964.

Fuente **tabla 42:** elaboración propia.

*Con los datos disponibles en las fuentes consultadas.

		1958		1959		1960		1964	
Localización		N.º	Posición	N.º	Posición	N.º	Posición	N.º	Posición
Cutáneas	Todas	774	1	580	2	865	2	1683	1
	Neoplasias malignas	325		303		348		421	
Ginecológicas	Todas	627	2	583	1	936	1	1682	2
	Neoplasias malignas	370		382		452		529	
	Cáncer cuello uterino	326		336		385		441	
Vías digestivas	Todas	313	3	285	3	456	3	429	4
	Neoplasias malignas	212		185		253		249	
Seno	Todas	229	4	185	4	271	4	416	3
	Neoplasias malignas	136		102		123		149	

insumos más complejos para su diagnóstico. Al mismo tiempo, sería importante analizar la relación entre el gran número de consultas femeninas y la frecuencia del cáncer de útero, situación que podría tener diversos orígenes y condicionantes. Lo cierto es que durante esos años, el cáncer de cuello uterino se instaló en los primeros lugares de mortalidad y conservó esta posición en las siguientes décadas.

Los departamentos del instituto que en sus estructuras administrativa y técnica tenían que ver con la asistencia a los enfermos de cáncer en los años sesenta estaban conformados por destacadas figuras de la medicina nacional. Por ejemplo, en 1964 en el departamento médico hacían presencia los doctores Rafael Carrizosa (director), Humberto Forero, Eduardo Alonso, Jorge Guzmán y Luis Carlos Martínez. El doctor Jorge Piñeros se desempeñaba como internista cardiólogo; Hugo Castro, como pedia-

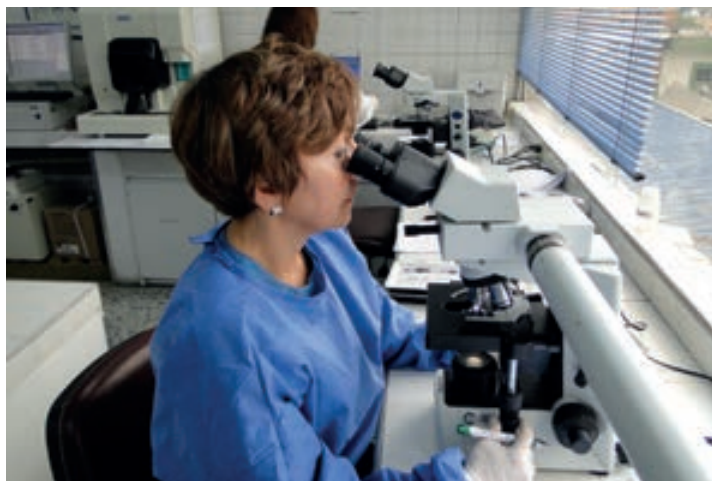
El INC, en la década de los años sesenta del siglo XX, contaba entre su personal con figuras destacadas de la medicina nacional. En la imagen se observan los jefes y miembros de los departamentos en los que estaba dividido el instituto en 1961. Fotografía: Archivo INC.



tra, y Antonio Jasbón, como dermatólogo, cargo en el que fue remplazado por Jaime Guevara. A la cabeza del departamento quirúrgico estaba Juan Jacobo Muñoz apoyado por los doctores Agustín Pachón, Hernán Rodríguez y Alberto Escallón, y contaba, además, con la colaboración *ad honorem* de los doctores José Antonio Jácome Valderrama, Alfredo Jamhure, Carlos Fisher, Jaime Gómez y Hugo Arias, quienes se encargaban especialmente de la cirugía de seno. El área de ginecología estaba bajo la dirección del doctor Guillermo López Escodarnalt y lo acompañaban Hugo Quijano, Germán Jordán, Hernán Posada y Hernando Rodríguez, estos dos últimos como adjuntos *ad honorem*.

Los campos de la gastroenterología y la urología tenían como directores a los doctores Jorge Segura y Alfonso Latiff, respectivamente, y en la sección de cabeza y cuello resaltaba la figura de Alejandro Hakim como jefe, apoyado por Pablo Bernal, Óscar Ángel, Gustavo Scioville y Edmond Chediack. El doctor Miguel Orticochea se ocupaba de la cirugía plástica; Diego Soto, de la ortopedia; Humberto Ibáñez, de la neumología; Juan Trujillo, de la neurología, y en la anestesia estaban Jorge Osorio y Jaime Marín con el apoyo de Cecilia Osorio como instrumentadora jefe.

El laboratorio clínico y el banco de sangre, que veían cada día el aumento en el número de exámenes y donaciones, estaban a cargo del doctor Enrique Pedraza. En el Departamento de Patología se mantenían las históricas figuras de Egon Lichtenberger y Alfonso Méndez, apoyados por Francisco Martín y Armando Santamaría. Estos médicos, en conjunto, llevaron a cabo más de 4417 exámenes de patología a pacientes en 1964, incluidos los 340 realizados sobre muestras remitidas desde otros hospitales, entre ellos algunos de provincia. Estos últimos habían llegado a la cifra de 793, en 1963, y el descenso drástico a 340 en 1964 se explica por la creación de servicios de patología en muchas



ciudades de provincia (AINC 1964d, 17). Al frente del departamento de radioterapia estaba Gaitán Yanguas, pero debido a las funciones administrativas que demandaba el ejercicio de la dirección se apoyó en los doctores Efraim Otero, Jaime Ahumada y Aray Constantín. Este trío de médicos fue clave en la tarea de tramitar con éxito las discusiones científicas y administrativas que tenían lugar en ausencia de Gaitán.

Este departamento usaba esencialmente cobaltos para los tratamientos, pero como ilustra el doctor Julio Ospina, la situación en este terreno tenía sus propias problemáticas:

[...] muchos cobaltos en el país —por supuesto, no en Bogotá— trabajaban sin fuente radioactiva. Inclusive, había casos de corrupción en los que ciertas áreas del país, en los hospitales públicos, tenían un cobalto sin fuente radioactiva. Pero

Los laboratorios del INC han jugado un papel sobresaliente en el avance de la investigación y la atención a pacientes en el INC. Fotografía: Archivo INC.

en las irradiaciones de instituciones privadas sí se disponía de un cobalto moderno, con fuente de irradiación de calidad. Es más, hay historias que narran que a los pacientes que se recibían en los hospitales se les hacía un perfil socioeconómico, y así decidían su destino en relación con este tema de las diferentes clases de cobalto. Si el paciente tenía recursos, se lo llevaban a la práctica privada con el cobalto activo, y si no, era tratado en el hospital público con cobaltos inservibles. (Entrevista a Julio Ospina 2019)

Ospina afirma que en la superación de dicha problemática fue muy importante la tarea pedagógica del INC, la que se orientó en el sentido de que la radioterapia no perdiera su enfoque científico. Para llevarla a cabo se conformó un grupo de radiofísicos con el fin de avanzar en la creación de esta especialidad científica, en conjunto con la Universidad Nacional.

Por otra parte, el departamento de radiodiagnóstico era dirigido por el doctor Luis E. Lozano, con apoyo de Armando Uribe. La sección de rehabilitación y fisioterapia estaba en cabeza de Gilma Fonseca, el departamento de estadística médica lo sostenía Eduardo Gaitán Márquez y el área de enfermería estaba dirigida por la profesional Fanny Páez, con la colaboración de una hermana de la Caridad y de otra enfermera llamada Lilia de Chavarriaga.

A estos jefes de los servicios se sumaba un amplio número de profesionales que contribuía a la buena marcha asistencial del INC en el marco de un ambiente de trabajo cordial y de colaboración, sin que faltaran tensiones, como es apenas normal en una institución que crecía, incrementaba su complejidad técnico-científica y administrativa y enfrentaba no pocos retos. Todo ello, y en especial la creciente demanda de atención, presionaba

fuertemente al personal del instituto y develaba la necesidad de contratar más trabajadores en un contexto de escasos recursos. Conscientes de ello, en 1964 las enfermeras solicitaron que se ampliara la planta de personal, pero además pidieron que las encargadas de manejar los aparatos de radioterapia fuesen las auxiliares de enfermería, a quienes se les debía dar una instrucción especial sobre el tema. Esta solicitud se fundamentaba en una interesante defensa de la función de cuidado, que es uno de los rasgos más apreciados e importantes de las enfermeras, ligada a su pericia técnica. Según afirmaban las jefes de este personal científico-técnico, «las actuales señoritas, aunque son muy capaces para el manejo en sí de los aparatos, no saben manejar enfermos, lo que es muy necesario en estos tipos de tratamiento» (AINC 1964d, 45). En buena medida, el aumento en la demanda de servicios explica el crecimiento de este sector del personal de enfermería que ha sido tan importante para la ade-



La Unidad de Cuidados Intensivos del INC fue puesta en servicio en 1968 para atender a los pacientes de alta complejidad. Fotografía: Archivo INC.

cuada marcha de la institución. Con todo este equipo humano que se ha reseñado, es posible afirmar que en los años sesenta iba madurando la estructura organizativa y asistencial del instituto con los ojos puestos en el futuro.

Ya al finalizar esta década surgieron nuevos servicios dentro del instituto que vinieron a complementar este potencial asistencial, como fue el caso de la Sala de Cuidados Especiales, que luego se denominó Unidad de Cuidados Intensivos. Esta sala inició sus labores en 1968 para cubrir las necesidades de los pacientes de alta complejidad que requerían un respirador mecánico y un equipo de electrocardiografía, lo cual permitió un considerable descenso en la mortalidad postoperatoria, otra de las grandes preocupaciones de la medicina moderna, en particular de la del cáncer.

LAS MULETAS DE LA CARIDAD Y EL NUEVO VOLUNTARIADO

Para los años sesenta, las necesidades de los pacientes superaban cualquier disposición institucional. Por ello, fue fundamental el apoyo de diversas organizaciones caritativas que hacían presencia, desde tiempo atrás, en el Cancerológico. Uno de los respaldos importantes del instituto, desde su creación, fue el de las Hermanas de la Presentación, quienes brindaban ayuda a los pacientes desde las concepciones de la caridad cristiana. Ellas, sin embargo, se retiraron en los años siguientes generando un mayor espacio para las profesionales de la enfermería, que estaban mejor preparadas técnicamente para las labores propiamente asistenciales y clínicas. Este hecho significó un avance en términos

de lo que constituía un hospital moderno y laico, e incluso en el terreno tecnocientífico, sin desconocer que dentro del grupo de monjas existieron verdaderas profesionales de la enfermería con altos niveles de preparación y práctica en este campo.

Pero antes del retiro de las religiosas se dio un proceso de trascendencia para la institución: la conformación de un grupo de mujeres seglares que empezaron a llamarse «voluntarias», provenientes de diversos núcleos familiares y sociales, algunos de ellos afectados por la enfermedad del cáncer y que, por lo tanto, conocían de forma directa lo que se jugaba en el interior del INC entre la vida y la muerte, el dolor y la esperanza. Este grupo se fue definiendo e institucionalizando poco a poco hasta que afianzó su presencia a partir de los años sesenta. Como lo recuerda Otero Ruiz, en 1962, por iniciativa de Clara Eugenia de Gaitán, esposa del entonces director, Mario Gaitán Yanguas, de doña Helena Tamayo de Muñoz y de doña Viviana de Bossa se creó el Cuerpo de Damas Voluntarias del instituto. En 1963, gracias a los esfuerzos conjuntos de la familia Cano, propietaria del diario *El Espectador*, el voluntariado y el instituto se creó y adecuó la Sala Pediátrica Patricia Cano para ofrecer cuidado especial a los niños enfermos de cáncer.

Las damas voluntarias adquirieron, además, una casa de habitación en el barrio Las Cruces para que operara como refugio o albergue para pacientes de escasos recursos provenientes de lugares remotos y que requerían estar inmovilizados por algún tiempo, debido a los ataques de la enfermedad, a las terapias o a que se les catalogaba como «intratables» o desahuciados por razones médicas.

Finalmente, en 1963, 37 «señoras y señoritas» firmaron el acta de constitución del «voluntariado» y, junto a sus líderes fundadoras, lograron la personería jurídica mediante la Resolu-



ción 1668 del 7 de junio de ese año, emitida por el Ministerio de Justicia. En ese mismo mes de junio se aprobó el nombramiento de Alicia Gutiérrez como directora de la Sala Patricia Cano. El 20 de septiembre de 1963, las damas voluntarias abrieron una cuenta en el Banco de Bogotá para manejar los recursos financieros que, con arduo trabajo, conseguían por diferentes vías y modalidades. La Sala Patricia Cano fue dotada gracias a un conjunto de donaciones de entidades, instituciones y particulares que aportaron productos de tocador, cepillos de dientes y otros elementos de aseo e higiene, pantalones de caucho, pijamas, batas, «ganchos de ama», teteros, chupos, alimentos especiales y un equipo médico conformado por un estuche completo de endoscopia además de otoscopio, oftalmoscopio, faringoscopio,

Sala de pediatría «Patricia Cano», en el INC.

Fotografía: autor desconocido, s. f. Archivo Cuerpo de Voluntarias.



laringoscopio, nososcopio, dos tensiómetros (uno para niños y otro para adultos) y una báscula. También se consiguieron diversos implementos para las camas, para calentar y preparar alimentos, y se recibieron donaciones de ropa de Tejidos Irmi, del Costurero Rotario de Chapinero, del Costurero Sagrado Corazón de Jesús y del Taller del Niño Pobre (AINC 1964k).

En 1964, el cuerpo de voluntarias se planteó la creación de una Junta Directiva rotatoria, y para la coordinación y continuidad acordó «llevar un “diario” en el cual cada día, la persona encargada de la oficina dejaría constancia de los sucesos del día, así como las anotaciones necesarias sobre asuntos pendientes» (AINC 1964k, 1). El papel de las voluntarias era central, pues no se trataba de un simple capricho o de un acto caritativo aisla-

Celebración de los 50 años de voluntariado. Fotografía: autor desconocido, 2012. Archivo Cuerpo de Voluntarias. *Historia del Cuerpo de Voluntarias del Instituto Nacional de Cancerología. 50 años de servicio. 1962-2012.* Bogotá, 2013.

do de algunas mujeres de la élite bogotana, sino que constituía una iniciativa pensada integral y realísticamente para apoyar el funcionamiento del INC, de modo que podrían ser vistas, como propuso Pierre Rosanvallon (2007), refiriéndose al papel de la caridad en el proceso de construcción del Estado providencial francés, como una de las «muletas del Estado». Es decir, ese tipo de asociaciones brindaba un apoyo fundamental a una institución pública apenas en formación y expansión —no se puede olvidar que el instituto tenía treinta años de fundado—, que pretendía hacerse cargo en buena parte de la cuestión social que conllevaba el cáncer, pues a su efecto devastador se sumaba el sufrimiento de los pacientes y sus familias, debido a la escasez de recursos de una gran parte de los afectados, lo cual también generaba una cierta impotencia en la misma institución.

El respaldo de las damas voluntarias comenzó a cubrir espacios de asistencia social que el INC no podía asumir, debido a múltiples razones. Por ejemplo, ellas se encargaron de donar personalmente 4500 centímetros cúbicos de sangre y consi-

Cuerpo de voluntarias. Fotografía: autor desconocido, s. f. Archivo Cuerpo de Voluntarias. *Historia del Cuerpo de Voluntarias del Instituto Nacional de Cancerología. 50 años de servicio. 1962-2012.* Bogotá, 2013.

guieron otros 142 donantes que aportaron 68 500 centímetros cúbicos para beneficiar a pacientes pobres hospitalizados entre 1963 y 1964. Además, proveyeron en esos mismos dos años cerca de 21 medicamentos para pacientes insolventes, contribuyeron con los gastos de hospitalización y pasajes de seis pacientes y costearon las primeras comuniones de cuatro niños con cáncer (AINC 1964k, 3). También le donaron al instituto una mesa de exámenes, un manómetro para oxígeno y un aspirador eléctrico.

La participación de las mujeres en el voluntariado era tan exigente como sus procesos de formación. Al final de un periodo de capacitación y prueba se celebraba una ceremonia para recibir a las nuevas voluntarias. La primera de estas ceremonias se llevó a cabo el 9 de octubre de 1963, cuando el director del instituto invitó a la damas que hacían parte del voluntariado



a un té en el Club Médico de Bogotá para entregar la insignia «Cuerpo de Voluntarias» a treinta mujeres que habían culminado su periodo de prueba. Allí, ellas prestaron su juramento en un acto que mezclaba rituales católicos y médicos y utilizaba un lenguaje que evocaba la retórica militar propia del campo de la salud, todavía muy presente en aquellos años. Para recaudar fondos, la asociación organizaba diversos eventos: «terneras a la llanera», desfiles de modas, como el celebrado el 5 de octubre de 1963 en el salón Mme. Christ, y pedía cuotas extraordinarias a las integrantes que podían suministrarlas, así como donaciones de personas y empresas que ellas transformaban, mediante sus acciones, en alivio y bienestar para los pacientes. En la mira de sus acciones ocupaban un lugar especial los niños afectados por la enfermedad (en particular la leucemia), por lo cual la Navidad constituía un momento en que la movilización de las voluntarias y sus familias adquiría una dinámica especial:

Los niños Cano-Martínez ofrecieron costear la Navidad de los niños de la sala «Patricia Cano», a quienes se les hizo árbol y pesebre; se les obsequiaron juguetes y ropitas; se les hizo un «lunch» con ponqué, dulces y helados y se les trajo cine de monos animados. Además, las señoras del Costurero Rotario de Chapinero les trajeron juguetes. (AINC 1964k, 4)

Dentro del instituto, las damas del voluntariado apoyaban labores asistenciales y administrativas en diversos departamentos o secciones: archivo general, rayos X, banco de sangre, biopsias, cirugía plástica, consultas (de gastroenterología, pediatría, radioterapia y urología), curaciones, esterilizaciones, ginecología, información y orientación, laboratorio patológico, oficina de personal, Sala Patricia Cano y en el servicio social, naturalmente.

Pero su papel no terminaba allí, pues se extendía a la colaboración con otras instituciones y con los voluntariados departamentales, en actividades de apoyo a la Semana Nacional de Lucha contra el Cáncer establecida por la Liga. En estas y otras ocasiones repartían folletos educativos y llevaban sus alcancías con el fin de recibir donaciones de la ciudadanía y de las instituciones privadas. Valga anotar que la Liga Colombiana de Lucha contra el Cáncer tenía una actividad intensa en esos años, que incluía labores educativas dentro de la población a través de la presentación de películas, visitas a otras ciudades (Facatativá, Barranquilla y Cali, por ejemplo), organización de convenciones de delegados y la búsqueda permanente de donantes (AINC 1968a).

La participación de las mujeres en el voluntariado era tan exigente como sus procesos de formación.

Las damas voluntarias se vincularon a la Asociación Colombiana de Voluntarias Hospitalarias, lo que les permitió tender lazos con organizaciones similares existentes en hospitales como el San Juan de Dios de Armenia, el San José de Sevilla (Valle), el San Juan de Dios de Santa Marta, entre otros. En las asambleas nacionales presentaban trabajos informativos y de reflexión en los que recogían sus experiencias, así como propuestas de trabajo para el futuro. Un ejemplo fue la ponencia de Marina de Gaitán, titulada «Colaboración de la voluntaria en la lucha contra el cáncer», que circuló dentro de la asociación y fuera de ella.



A la expansión de sus relaciones de colaboración nacional se sumó un duro esfuerzo por recolectar recursos para formalizar y escalar en el papel caritativo y filantrópico en torno al cáncer. Así, en 1964 surgió la idea de fundar un albergue destinado a los enfermos de ciudades de provincia que acudían al instituto y no tenían cómo alojarse, ya que no todos quedaban hospitalizados, por diversas razones. Pero faltaban recursos para ello. Todo esto, y mucho más, suscitaba a veces el desánimo y el pesimismo de las voluntarias. Citando a E. W. Stevens, las damas voluntarias en su informe de 1964 afirmaban: «Es una verdadera imprudencia lanzarse a una empresa sin antes haber medido vuestras fuerzas y la resistencia con la cual tendréis que luchar» (AINC 1964k, 7). Pero lo cierto es que ellas escogieron la lucha y los resultados efectivos se hicieron realidad en medio de grandes esfuerzos, muchas alegrías y algunas decepciones.

Participación de las voluntarias del INC en la XV Asamblea Nacional de la Asociación del Voluntariado Hospitalario y de Salud (AVHOS). Fotografía: autor desconocido, 1989. Archivo Cuerpo de Voluntarias. *Historia del Cuerpo de Voluntarias del Instituto Nacional de Cancerología. 50 años de servicio. 1962-2012.* Bogotá, 2013.



De acuerdo con el estudio del presupuesto elaborado en 1963, con la ayuda del director del INC y después de haber visitado veinticinco casas vecinas al instituto, buscando una apropiada para responder a las necesidades del voluntariado, las damas llegaron a la conclusión de que si bien podrían dotar un albergue que supliera las necesidades básicas de quienes habitaran transitoriamente allí, no podrían garantizar su sostenimiento, que exigía ciertas erogaciones fijas como el arriendo, los sueldos de las Hermanas de la Presentación, las enfermeras, el servicio doméstico, entre otras. Por eso se puso en marcha en marzo de 1964 la «operación albergue», con el fin de fomentar donaciones que hicieran realidad la consecución de una casa que sirviera para ese objetivo. Cada una de ellas debía conseguir al menos cinco miembros benefactores dispuestos a pagar una cuota mensual de diez pesos o más, de tal modo que para mayo de 1964 ya tenían 63 donantes. Gracias a estos esfuerzos, en 1965

Albergue mixto creado por las voluntarias del INC.

Fotografía: autor desconocido, ca. 1965. Archivo Cuerpo de Voluntarias. *Historia del Cuerpo de Voluntarias del Instituto Nacional de Cancerología. 50 años de servicio. 1962-2012.* Bogotá, 2013.



Reconocimiento al cuerpo de voluntarias del INC, entregado por la Fundación Alejandro Ángel Escobar. Fotografía: Archivo Cuerpo de Voluntarias. *El Espectador*, junio 23 de 1976.

finalmente surgió el albergue para mujeres de escasos recursos en el barrio Las Cruces con cupo para diez personas. Este se amplió en 1967 y el trabajo concienzudo de estas mujeres les valió el apoyo de la Asamblea de Cundinamarca y la obtención del Premio de la Fundación Alejandro Ángel Escobar, en 1976.

El papel de las damas voluntarias se hizo más importante cuando las Hermanas de la Presentación se retiraron del INC abruptamente, en 1970, y decidieron no renovar el contrato que mantuvieron con la institución durante largos años. Ello obligó a modificar la estructura de las dependencias operativas sobre las que, en buena parte, se sustentaba la dinámica cotidiana del instituto. Se replantearon los servicios de alimentación, aseo, ropería y lavandería; se crearon nuevos cargos en la planta de personal y se hizo necesario convertir en «servicios externos» los trabajos que se realizaban al interior del instituto bajo la denominación de «personal de servicios generales», con excepción de unas pocas mujeres que aseguraban el funcionamiento de la cocina. Pero la labor continuó desarrollándose sobre la base de una experiencia acumulada y una mística ganada con el esfuerzo y la solidaridad.

LA INVESTIGACIÓN, LA DOCENCIA Y EL COMPLEJO RETO DE LAS ESPECIALIDADES

En 1962, intentando responder a uno de los tres ejes misionales que se definieron en la fundación del Instituto Nacional de Radium, el director de la institución le encargó a Efraim Otero y a Rafael Carrizosa Argáez la creación de lo que debería ser un verdadero Departamento de Investigación. Estos asumieron la tarea con rigor, hicieron las consultas y las proyecciones requeridas y el departamento, con su nueva estructura, fue finalmente aprobado en 1964 por la Junta Directiva. Comenzó a funcionar de inmediato, evidenciando diversas necesidades, entre ellas una tan básica como la de conseguir un microscopio electrónico para continuar la investigación que vinculaba los virus y el cáncer. «El abuelo de esta teoría era Peyton Rous, el encorvado y canoso virólogo de aves que la había desarrollado silenciosamente en el Instituto Rockefe-

ller de Nueva York hasta que se le sacó de un relativo olvido en la década de 1960» (Murkherjee 2011, 223). En desarrollo del nuevo departamento de investigación del INC, en 1964 se abrieron varios laboratorios para exámenes clínicos y se adelantaron trabajos en el área básica de la inmunología y la virología, así como estudios de citogenética. El foco del trabajo estaba puesto en los procesos biológicos que se desarrollaban a nivel celular y molecular, los cuales ayudarían a explicar el cáncer y su génesis, además de suministrar orientaciones terapéuticas. Otero Ruiz se encargó de conseguir a un médico competente para operar el nuevo microscopio, el doctor Julio Enrique Ospina, formado en la Universidad de Río de Janeiro y con especialización en cán-



Peyton Rous fue un patólogo norteamericano cuyo descubrimiento de los virus cancerígenos le valió el Premio Nobel de medicina en 1966.
Fotografía: William H, Feldman, 1964. U.S. National Library of Medicine.

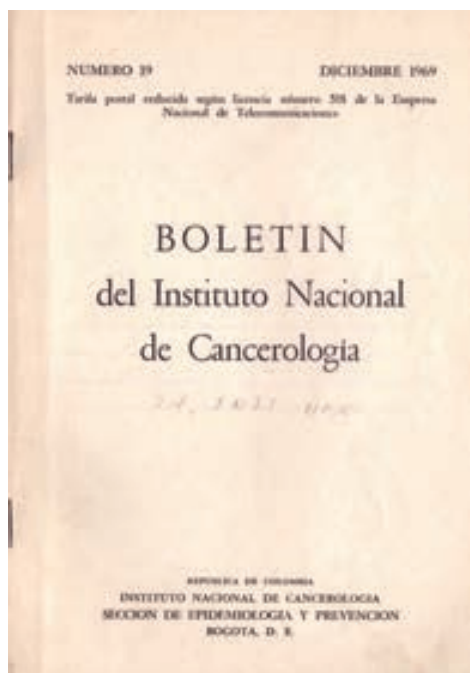
cer en el Roosevelt Park Memorial Institute (Estados Unidos), quien se incorporó al INC en 1967 para poner en operación esta nueva y necesaria tecnología.

Además de la investigación, el instituto continuó liderando acciones extramuros en la lucha contra la enfermedad. Para 1969, el Comité Nacional de Lucha contra el Cáncer quedó bajo su orientación y con él se adoptó y se desarrolló el Registro Nacional de Tumores, en el que se venía trabajando desde años atrás. Esta dinámica dio lugar a la creación de la Sección de Epidemiología y Prevención, que no solo se hizo cargo de las funciones del registro, sino que revitalizó la investigación epidemiológica, de modo que para 1970 era posible distinguir tres campos institucionales de investigación: el básico, el clínico y el epidemiológico; también se creó un Comité de Trabajos Científicos que evaluaba las investigaciones y buscaba recursos financieros y apoyos técnicos y tecnológicos para adelantarlas. En 1969 se retomó la publicación del boletín del instituto, tras una larga suspensión entre 1956 y 1968. En ese momento se actualizó su nombre, denominándolo *Boletín del Instituto Nacional de Cancerología*, con lo que se renovaba la tradición de difusión de trabajos científicos propios que había sido inaugurada décadas atrás en el Instituto Nacional de Radium.

Entre tanto, en el resto del país se hizo patente la necesidad de formalizar el ámbito de la educación en el área de salud en un momento en que la medicina colombiana iba también afianzando su proceso de profesionalización. La Ley 14 del 28 de abril de 1962 unificó un referente normativo para ello, al crear el Consejo Nacional de Profesiones Médicas y actualizar las regulaciones para el ejercicio de la medicina, determinando el objetivo de la profesión, los requisitos mínimos para el funcionamiento de una escuela de medicina y las atribuciones en este

La **Academia Nacional de Medicina**, fundada en 1873, es la institución médica más antigua de Colombia. A lo largo de su existencia ha desempeñado un importante papel en la investigación médica en el país. Fotografía: Felipe Restrepo Acosta, 2017. Creative Commons.

Ejemplar n.º 19 del Boletín del Instituto Nacional de Cancerología, publicado por la Sección de Epidemiología y Prevención del instituto. Biblioteca INC.



terreno de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (Ascofame), que venía funcionando desde el 18 de marzo de 1959, bajo la dirección del doctor José Félix Patiño Restrepo⁷. Es importante anotar que para los años sesenta del siglo xx, en paralelo con Ascofame ya se habían consolidado organizaciones gremiales complementarias de la casi centenaria Academia Nacional de Medicina, como la Federación Médica Colombiana, creada en 1934, y la Asociación Médica Sindical Colombiana (Asmedas), fundada el 30 de julio de 1958.

Uno de los avances centrales dentro de este proceso fue el desarrollo de las especialidades médicas, reglamentadas en 1965 gracias a los aportes de Ascofame. El INC estuvo activo en este debate crucial para institucionalizar procesos formativos que hasta el momento se hacían sobre la base de la experiencia, del adiestramiento informal o de la formación en el exterior. En el marco de esta discusión nacional, a partir de 1967 el instituto comenzó a ofrecer cuatro programas de especialización avalados por

7 El doctor José Félix Patiño Restrepo (1927-2020) inició estudios de Medicina en la Universidad Nacional de Colombia y los concluyó en la Universidad de Yale (New Haven), en 1952, con el trabajo titulado «Transplantatos of Embryonic Endocrine Tissues», que recibió el Premio Borden de investigación. Se distinguió como cirujano general, torácico y cardiovascular. Fue fundador y director ejecutivo de Ascofame entre 1959 y 1965, y desde allí hizo gestiones decisivas para la acreditación de las especializaciones médicas. Fue ministro de Salud (1962-1963) y rector de la Universidad Nacional entre 1965 y 1966 donde adelantó la denominada «Reforma Patiño». Escribió varios libros sobre medicina y humanidades y dejó una huella imborrable en el campo de la política y la defensa de la democracia y los derechos ciudadanos.

la Pontificia Universidad Javeriana y certificados por Ascofame. Se trataba de los posgrados en radioterapia, medicina interna, medicina general y patología (Llamas y Cadena 2004, 21).

Pero debido a la huelga de residentes de ese año, en la que los médicos demandaban beneficios laborales, Ascofame modificó las reglas de juego de las especializaciones y pasó a considerar la relación de estos médicos con sus sitios de trabajo como no contractual y a los médicos en formación como estudiantes y no como trabajadores, con lo que dejarían de recibir un salario y comenzarían a pagar por el aprendizaje. Sin embargo, el Cancerológico no acogió completamente estas orientaciones y fue uno de los pocos hospitales que continuó pagándoles un sueldo a sus residentes, por lo menos hasta 1977, cuando los asumió como estudiantes y, como compensación, adelantó una gestión para que el Icetex les concediera becas (Llamas y Cadena 2004, 22). El instituto mantuvo su política de no cobrar las matrículas

para la segunda especialidad (*fellow*) e insistió en vincular contractualmente a sus especialistas en entrenamiento. No obstante, en 2003, la Pontificia Universidad Javeriana, a cargo de las especialidades en ese momento, comenzó a cobrarlas para cubrir sus gastos de funcionamiento.

Lo cierto es que el proceso de consolidación de las especialidades oncológicas impulsado en el país por el INC fue lento, pues Ascofame no las reconocía. Además, la mira de muchos médicos y facultades estaba puesta en especialidades básicas como la cirugía general, la medicina interna, la anestesia y la patología. Los pocos que se interesaban por el campo del cáncer eran precisamente los graduados de los programas de posgrados del INC, quienes generalmente aspiraban a seguir trabajando en la institución (Llamas y Cadena 2004, 24). Atendiendo a estas necesidades, el Comité de Educación Médica del instituto reglamentó dos clases de becas para la formación intramural: la primera, creada en febrero de 1968, estaba dirigida a los instructores y consistía en un contrato de trabajo renovable cada año y provisto de un sueldo modesto; a partir de ese momento los beneficiarios de esta beca se convertirían en jefes de los residentes. La segunda clase de beca, establecida en diciembre de ese mismo año, se planteó para especialistas en entrenamiento que no pertenecían a la institución. La solicitud de un reconocimiento académico más formal para los profesionales en proceso de especialización llevó a las directivas del instituto a buscar una aprobación provisional de Ascofame para que en el Cancerológico se pudiesen desarrollar programas de educa-

EL FUTURO SE HACE PRESENTE

Instituto Nacional de Cancerología
Asociación de Exalumnos del I.N.C.
y la Embajada de Francia
INVITAN

AL XVIII SIMPOSIO SOBRE AVANCES EN ONCOLOGIA

TEMA: CANCER DE SENO

CONFERENCISTAS INVITADOS:

DR. E. LARTIGAU	DR. ANDRE BRIDIER
DR. A. DAVER	DR. HUGO MARSIGLIA
DR. ROBERTO MUTO	DR. ALAIN GARBAULET
DR. DAMIANE CASTAIGNE	DR. PAOLO MUTO
DRA. ROSA FONDACARO	DR. GIUSEPPE PETRELA
DR. OLIVIER LE FLOCH	DR. GUY MICHEL
Inst. Gustavo Russy (Paris)	Universidad de Nápoles (Italia).

AUDITORIO GIMNASIO MODERNO
Santa Fe de Bogotá, 2 - 3 de diciembre de 1993

INFORMACION E INSCRIPCIONES: DIVISION ACADEMICA INC.
 ☎ 2893287, 2338957, fax 2802246.
ENTRADA LIBRE

El INC ha sido activo y líder en el principio de la formación médica especializada en cáncer en el país. Fotografía: Aviso aparecido en el periódico *El Tiempo*, noviembre 29 de 1993.

ción en posgrado. Esta aprobación fue otorgada finalmente por el Comité de Acreditación de Hospitales de Ascofame, primero en 1968 y luego en 1970.

Al finalizar los años sesenta varios médicos extranjeros seguían buscando un lugar en el instituto para completar su formación en distintos campos relacionados con el cáncer. Ese fue el caso del doctor Alonso Godoy, quien fue presentado por Fabián Corral, presidente de la Sociedad de Lucha contra el Cáncer de Quito, para que recibiera entrenamiento en técnica histopatológica con una beca de seis meses otorgada por la Sociedad Ecuatoriana de Lucha contra el Cáncer del Ecuador, a lo que tanto Egon Lichtenberger como el director Gaitán Yanguas respondieron afirmativamente (AINC 1968b). La mediación del doctor Francisco Martín, amigo de Corral y destacado docente de Patología del INC, posibilitó una donación de 800 pesos mensuales para la estadía del becario en Bogotá, lo que fue vital para su entrenamiento. Justamente, en el informe de labores de 1968, Lichtenberger y Gaitán Yanguas resaltaron el trabajo del patólogo Francisco Martín, tanto en las tareas específicas de su especialidad como en su relación positiva con los estudiantes: «Con un gran sentido de la responsabilidad y del cumplimiento de sus deberes se dedicó por completo a atender su servicio y a dar la máxima colaboración a todos los médicos que tan frecuentemente la solicitaron» (AINC 1968c, 8). Gaitán afirmó que aproximadamente el 90 % de la actividad docente del Departamento de Patología en 1967 fue llevada a cabo por Martín, así como que había asumido la parte más significativa de la labor asistencial en este campo. Ello supuso un aumento de sueldo, no solo a este comprometido galeno, sino a todo el personal médico del departamento que presidía. Además del desempeño de Martín, el director reconoció el trabajo realizado por la Sección

de Citología y destacó la creación y puesta en funcionamiento de la Escuela de Citotecnología.

Durante aquellos años, varias mujeres de diferentes regiones del país se presentaron para ser admitidas en esta escuela de citología. Llama la atención la manera altruista y humanitaria como justificaban su interés para solicitar su admisión en este programa de formación tecnológica. Las palabras de Fanny Jürgensen, residente en la ciudad de Cúcuta, son significativas: «Siempre he querido servir a la humanidad y creo que esta será la mejor manera de hacerlo: ya que así se ayuda a la mujer en el diagnóstico precoz del cáncer, que actualmente en Colombia es el problema que más afrontamos» (AINC 1970, 1). Otras aspirantes, como la bogotana Esther Arcila, consideraban la citología «un valioso aporte en el control y curación del cáncer» (AINC 1970, 2). Varias de las postulantes habían cursado estudios parciales en la Universidad Javeriana en los años anteriores y pertenecían a un estrato social medio-alto de la capital. Estos eran los casos de Bertha Sepúlveda y Mariela Martínez Cely, quienes también aspiraban a formarse en la Escuela de Citotecnología del INC.

Además de educar a médicos nacionales y extranjeros y de contribuir a la institucionalización de las técnicas en citología, el instituto abrió sus puertas a la formación del personal de enfermería, al admitir a estudiantes de varias instituciones educativas del país. Así se hizo con el Centro Pernet de las Hermanitas de la Asunción, una entidad dedicada a formar jóvenes mujeres con vocación religiosa, cuyas directivas creyeron conveniente su preparación adicional en una profesión que, como la enfermería, les permitiera prestar un servicio social; por ello solicitaron al director del instituto su autorización para el desarrollo de las prácticas de sus estudiantes mediante la rotación por grupos en

los diferentes servicios hospitalarios del INC, acompañadas por dos supervisoras. La Universidad Nacional hizo una solicitud similar para sus estudiantes de enfermería, formulada por la decana (encargada) Elvia C. de Garzón (AINC 1967).

En 1968 el instituto promovió la participación de sus residentes en eventos científicos nacionales, como ocurrió con el doctor César Bueno, residente grado III de Radioterapia, a quien se le aprobó el pago de pasaje y viáticos para su participación en las IX Jornadas Radiológicas Colombianas, que se llevaron a cabo en Medellín entre el 25 y el 28 de septiembre (AINC 1968d). Adicionalmente, se autorizó el ingreso al instituto de las doctoras Ana Hernández y Suzanne de Smith para su formación como especialistas en patología⁸, gracias a las becas de las que disponía el INC (AINC 1968e). También se estableció un convenio a fin de recibir residentes de Medicina Interna del instituto en la Unidad Rural de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, comenzando con Manuel Iregui, residente de tercer grado, a quien se le debía brindar alojamiento y alimentación. En las mismas condiciones se esperaba recibir en Bogotá a residentes de Medicina Interna, Cirugía General o Radioterapia de la Universidad de Antioquia.

En el campo de la enfermería, el instituto continuó recibiendo estudiantes en formación de diferentes procedencias. En 1968 aceptó el ingreso de veintitrés jóvenes del programa de auxiliares de enfermería del ya citado Centro Pernet de las

8 Esta es la primera referencia que los autores encontraron en el archivo del INC que registra el ingreso de médicas a los programas de especialización que ofrecía esta institución. Este dato puede contribuir a los estudios de género en el área de la oncología en Colombia.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA
Calle 1a. No. 9-85
BOGOTÁ, D. E. - COLOMBIA, S. A.

Oficio No. _____

SOLICITUD DE ADMISION PARA LA ESCUELA DE CITOLOGIA

Nombre FAUNY Apellidos JÜRGERSEN GONZALEZ
Dirección MIGUEL CALDIE-20 Municipio Cúcuta
Depto. NORTE DE SANTANDER País COLOMBIA
Teléfono 2931
Dirección en Bogotá CARRERA 21 VENTAS Tel. 383010
Lugar de nacimiento Cúcuta
Fecha de nacimiento 31 agosto de 1944
Estado civil SOLTERA T. E. o C. C. 41355-2868

Tesis de grado (Con fecha) Correspondencia
Comercial Moderna (curso antiguo)
Distinciones obtenidas (Con fecha) Tesis Licenciada en 1968
Diploma de aprovechamiento en 1965.
Describe cómo se enteró de este curso. me enteré por medio
de María Mercedes Yáñez Carrasquel y Julián Mar
te, luego me figura por el director.

En forma detallada escriba el interés y motivación que ha tenido para realizar este curso. Siempre he querido seguir a la última
tecnología y como esta sea la mejor manera
de hacerlo. Ya que así se ayuda
a la mujer en el diagnóstico precoz del
Cáncer, que actualmente en Colombia
es el problema que más afeunta
nos.

Después de graduarse, cuáles son sus aspiraciones y proyectos? trabajar
en el campo de la citología.



Modelo de los formatos que llenaban los aspirantes al curso de citología, dictado por el INC. Archivo INC.



Instituciones de formación médica y de enfermería, como la Universidad Nacional, solicitaban al instituto la rotación de sus estudiantes. Archivo INC.

Hermanitas de la Asunción, que estaba presidido, en ese momento, por sor María Margarita del Sagrado Corazón (AINC 1968f). También se recibieron diez estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Javeriana, dirigida por la profesora Inés Triana de Bothe. Para junio del mismo año la decana encargada de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional solicitó nuevamente entrenamiento para sus estudiantes de segundo año, con el fin de que llevaran a cabo su experiencia clínica, a lo que el instituto dio respuesta afirmativa (AINC 1968g). Finalmente, cerca de veinte estudiantes de la Escuela para Auxiliares de Enfermería del Instituto Colombiano de Seguros Sociales fueron recibidas en la segunda mitad de 1968, con el objetivo de que se fortaleciera su instrucción práctica.

Al finalizar los años sesenta varios médicos extranjeros seguían buscando un lugar en el instituto para completar su formación en distintos campos relacionados con el cáncer.

Mientras se formalizaba la educación en el INC en los años sesenta, también se fortalecía su infraestructura y se producían nuevas transformaciones. En materia locativa, se compró un lote que pertenecía a la Beneficencia de Cundinamarca y que limitaba hacia el sur con un edificio de la Asociación Distrital de Educadores y hacia el oriente con la carrera novena. Gracias a los recursos provenientes del Fondo Nacional Hospitalario, se inició allí la construcción de un tercer edificio de siete pisos con capacidad suficiente para contener 300 camas de hospitalización, además de abrir espacios para otras funciones. Esta obra se terminó en 1977, y durante los años siguientes se hizo el traslado progresivo de servicios a estos nuevos espacios locativos, tarea que finalizó en 1980.



LA VIDA DEL INSTITUTO AL FINAL DE LOS AÑOS SESENTA Y SU RELACIÓN CON LA LIGA COLOMBIANA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER

Al terminar la década de los años sesenta el INC se consolidaba bajo la tutela de un equipo de alto nivel que contribuyó con los importantes desarrollos en el campo de la docencia y la investigación que se han mencionado, y el cual afrontó los retos de mantener en pie un instituto que por su naturaleza se inscribía en el proceso de modernización impulsada por los gobiernos del Frente Nacional. Allí aparecía Mario Gaitán Yanguas, quien ocupó la dirección del INC por durante diecisiete años, Egon Lichtenberger, renovador y gran maestro de la patología en Colombia, Juan Jacobo Muñoz, ex ministro de Salud Pública y destacado cirujano, y Efraim Otero, pionero de la historia del Cancerológico, entre otras personalidades, como se muestra en la tabla 43.

Tabla 43. Funcionarios del instituto en 1968

Cargo	Funcionario
Director	Mario Gaitán Yanguas
Jefe de Docencia	Humberto Forero
Jefe del Departamento Médico	Rafael Carrizosa
Jefe del Departamento Quirúrgico	Juan Jacobo Muñoz
Jefe de Radioterapia	Arry Constantín
Jefe de Patología	Egon Lichtenberger
Jefe de Radiología	Luis E. Lozano
Jefe de Investigación	Efraim Otero
Jefe de Laboratorio	Enrique Pedraza
Administrador	Luis E. Varela

Además de las grandes tareas encomendadas al equipo directivo de 1968, este debió asumir también una serie de retos de la vida cotidiana que no faltan en las instituciones y que pueden alterar su funcionamiento de manera importante. Precisamente, en enero de ese año fue necesario adelantar las pesquisas para descubrir a los culpables de la pérdida de un transformador de las salas de cirugía, lo que impactaba la prestación del servicio

El INC construyó un moderno edificio, ampliando la capacidad de atención a sus pacientes y fortaleciendo su estructura, de acuerdo con las necesidades del momento. Fotografía: Archivo INC.

Fuente tabla 43: construida con base en el *Informe anual de labores* de 1968 (AINC 1968h).

quirúrgico. También se asumió la compra de distintos insumos, entre los que se incluían aparatos de succión marca Belvis, películas y reveladores para los rayos X, medios de contraste como el Hypaque, equipos para la extracción de sangre, venoclis y guantes (AINC 1968h). Adicionalmente, las obras de mantenimiento y mejora de la infraestructura requerían no solo la adquisición de materiales, sino la contratación de albañiles y obreros, labor que consumía una parte no despreciable de la gestión administrativa. Las compras del mercado de víveres se habían tornado más grandes y dispendiosas y generaban algunos problemas, ya que solo en una ocasión, durante 1968, se habían hecho por intermedio de la junta acordada oficialmente para este fin (AINC 1968i). Para mantener esta situación dentro de lo establecido, el director del instituto solicitó que se hiciera un control estricto en la adquisición de elementos, exigiendo cotizaciones de los oferentes en sobres cerrados con un sello de la oficina de Administración, las cuales evaluaría un comité compuesto por las Hermanas de la Caridad (que se retiraron en 1970 del instituto, como ya se señaló), el almacenista, el auditor y el administrador, al que le correspondería tomar la decisión final sobre las compras rutinarias indispensables para el flujo cotidiano del INC en todos sus frentes.

Al igual que venía ocurriendo en los años anteriores, hacia mediados de 1968, el instituto se vio perjudicado por los cortes de agua que afectaban seriamente la prestación de los servicios. Tal situación se relacionaba con los problemas de abastecimiento hídrico de una ciudad en crecimiento como Bogotá, además de ser propios de la temporada de sequía que se presentaba con cierta regularidad cada año (AINC 1968j). A esta situación se sumaban algunas fallas en el mantenimiento del aseo en las instalaciones, de modo que la dirección consideró la posibilidad de solicitar cotizaciones a diversas empresas para que hi-

cieran una oferta para la prestación de este servicio. Dentro de los oferentes figuraban firmas como El Esplendor, La Mano que Limpia, El Aseador Ltda., Casalimpia Ltda., La Central de Aseo Ltda. y Aseotécnica Ltda. (AINC 1968k).

En la marcha del instituto influía igualmente el incremento de actividades de su Asociación de Trabajadores, que se reunía con una cierta frecuencia y generaba expectativas en el personal afiliado y no afiliado (AINC 1968l), sobre todo después de haber entrado en contacto con la Acción Sindical de Cundinamarca, sin que esta proximidad se tradujese en paros o huelgas, como era habitual en otros servicios de salud del país durante aquellos años (AINC 1968m). Este ambiente de cordialidad laboral solo se veía agitado por algunos conflictos menores, como el que se suscitó en algún momento por el choque de algunos celadores con un sector del personal médico y administrativo. No obstante, la administración del centro hospitalario resolvía estas situaciones sin mayores traumatismos (AINC 1968n).

La labor extramural del combate contra el cáncer por parte del instituto tuvo un desarrollo muy importante durante aquellos años, gracias al trabajo conjunto con la Liga Colombiana de Lucha Contra el Cáncer. Para 1968, la dirección de la liga estaba conformada del siguiente modo:

Presidente: Alfonso Rozo

Vicepresidente: Álvaro Cruz

Tesorero: Antonio Restrepo

Revisor fiscal: Félix Vergara

Vocales: Laura María de Jácome,
Alonso Otero y Carlos Pacheco

Suplentes: Carmen de Osorio,
Margarita de Restrepo y Germán Jordán

Las actividades de la liga y sus filiales de provincia eran permanentes. La santandereana, por ejemplo, se mostró muy dinámica en 1968. Entre sus logros está su esfuerzo por recuperar el *radium* que el instituto tenía en préstamo en Manizales. En esa misma región, los comités zonales tuvieron una actividad importante al propiciar la adquisición de equipos y la adecuación de instalaciones para el funcionamiento de unidades de radiodiagnóstico en el Hospital San Juan de Dios de Bucaramanga (AINC 1968ñ). En febrero de ese año se creó una nueva filial de la liga en Facatativá, bajo el liderazgo de Leonor Garnica de Parra y Laura María de Jácome, quien desarrollaba un papel fundamental en la Liga Colombiana. Se destaca su apoyo a las animadoras de la liga de Neiva para que pudieran reestructurarse y continuar su trabajo gracias a la superación de problemas organizativos y financieros que habían paralizado su funcionamiento. Otra filial de la liga que llevaba a cabo un trabajo muy interesante en aquellos años fue la del Valle del Cauca, cuyo presidente era el doctor Alfredo Carvajal Sinisterra. Esta filial contaba con una oficina propia y cerca de veinticinco voluntarias entre señoras y señoritas que realizaban campañas educativas, apoyaban la labor asistencial que se cumplía en esa región y organizaban actividades sociales para recaudar fondos y difundir material informativo sobre el cáncer y su tratamiento (AINC 1968o).

En el ámbito nacional, el Comité Directivo de la Liga, cuyo presidente era el director del INC, solicitó apoyo al Cancerológico para la organización y el desarrollo de su convención de delegados de las distintas filiales, que se realizaría el 24 de marzo de 1968, así como tramitar y financiar el envío de delegados colombianos al congreso de la UICC sobre cáncer de tiroides que tendría lugar en Lausana (Suiza), del 8 al 10 de mayo de ese mismo año. La liga también esperaba recibir ayuda para que un grupo de sus miembros asistiera durante una semana, en septiembre, como huéspedes del Cuerpo de Voluntarias del Princess Margaret Hospital Lodge, en Inglaterra, con el fin de estudiar diversos aspectos relativos al voluntariado (AINC 1968p). El otro frente de acción de la liga era la búsqueda de recursos económicos, labor adelantada por el jefe de Relaciones Públicas, don Miguel Jaramillo Latorre, quien después de visitar varias empresas del sector privado, entre las que figuraban el Banco Comercial Antioqueño, Seguros Tequendama, Cementos Diamante, IBM, Shell Cóndor, Fedegán, Discos Fuentes, la Bolsa de Bogotá, Avianca y otras logró reunir en tres meses la suma de 36150



Ejemplar de la carta enviada por la Liga Santandereana de Lucha contra el Cáncer a la Junta de Beneficencia de Manizales, a fin de recuperar el *radium* que tenía en préstamo allí el instituto. Archivo INC.

pesos. Estas donaciones llamaron la atención de la Contraloría General de la Nación, que solicitó al auditor general ante el INC que se fiscalizara con mucho cuidado a la Liga de Lucha contra el Cáncer, así como a los comités zonales y departamentales (AINC 1968q). Este tipo de vigilancia a cargo de los organismos de control se hizo más rigurosa en estos años debido al proceso de modernización del Estado, que conllevaba una mayor tecnificación y una supervisión más estricta de la ejecución de los recursos oficiales por parte de las instituciones públicas.

Las relaciones entre la liga y el instituto eran de cooperación y mutuo apoyo. En la Junta Directiva del 18 de noviembre de 1964, los doctores Enrique Ancizar y Antonio Monack, como representantes de la liga, advirtieron que los aportes para la ampliación del instituto podrían verse comprometidos si el proyecto de ley que cursaba en el Congreso para la creación de un Instituto Nacional de Hospitales era aprobado, pues suponía una pérdida de la autonomía del INC que el Decreto 1598 había garantizado años atrás. Advertía el doctor Ancizar que «en estas circunstancias, junto con la autonomía del Instituto se perdería cualquier aporte que hiciera la Liga para la construcción de un nuevo edificio, si ese aporte no queda a nombre exclusivo del Instituto» (AINC 1968r). Y esta no era una circunstancia menor, pues en tres años la liga había recolectado 300 000 pesos que podrían invertirse en la construcción del tan esperado nuevo edificio del INC. Afortunadamente, los cambios legislativos en materia hospitalaria que vivió el país en los años siguientes no afectaron su autonomía y fue posible mantener la colaboración económica de la liga, un elemento vital ante las dificultades que tenía el Estado colombiano para afrontar de manera más contundente la lucha contra el cáncer. Precisamente, esta situación fue resaltada por el doctor Ancizar, quien insistía en la importancia de la participación de la sociedad para enfrentar la enfermedad: «El número de enfermos de cáncer aumenta cada día en el país y el Estado, por sí solo, es insuficiente para asegurar la atención de una campaña total contra el cáncer y por eso es necesaria la colaboración de la ciudadanía para la financiación de los programas de la lucha» (AINC 1968r).

Durante aquellos años, un último elemento significativo del trabajo de la liga en colaboración con el instituto fue su apoyo a la realización de actividades de formación y difusión médicas en el marco de los esfuerzos globales en la lucha contra esta enfer-

Nº K01518303

MON \$ 90,000.00

EL SEÑOR DAVID GAITAN VARELA EN SU CARÁCTER DE REPRESENTANTE DEL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLÓGIA, DECLARA QUE HA RECIBIDO A TÍTULO DE MUTUO O PRESTAMO DE LA LIGA COLOMBIANA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER, LA CANTIDAD DE DIVERSA DEL PESO (\$ 90,000.00) SIN INTERÉS Y CON PLAZO AL 20 DE AGOSTO DE 1965, Y QUE HAY DÍA DE CONVENIR A DEVOLVER LA CITADA CANTIDAD SIN HAY PLAZO EL DÍA 20 DE AGOSTO DE 1965, Y QUE EN TODO CASO SERÁ PRESENTADA LA APROBACIÓN DE LA LIGA COLOMBIANA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER PARA CUALQUIER EXTENSIÓN QUE SE HAGA SOBRE EL TÉRMINO DE PAGO Y CONDICIONES FUTURAS.

PARA DAR POR FIRMA DE REPRESENTACIÓN DEL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLÓGIA EN BOGOTÁ A LOS VEINTE DÍAS DEL MES DE AGOSTO DE 1965 EL SEÑOR DIRECTOR DEBUTA Y CUATRO.

INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLÓGIA

DAVID GAITAN VARELA

DIRECTOR

Las relaciones entre el INC y la Liga Colombiana de Lucha contra el Cáncer eran de cooperación y mutuo apoyo, tanto en temas técnicos como financieros. Archivo INC.

La labor extramural del combate contra el cáncer por parte del instituto tuvo un desarrollo muy importante en la década de los años sesenta, gracias al trabajo conjunto con la Liga Colombiana de Lucha Contra el Cáncer.

medad. La liga, con el respaldo fundamental de la Sociedad Colombiana de Cancerología y del INC, organizó del 19 al 21 de noviembre de 1968 la Conferencia Internacional de Lucha contra el Cáncer. Esta iniciativa se entrelazó con la visita de algunos miembros de la UICC al país, en la que estaban también representadas las sociedades canadiense e irlandesa de Lucha contra el Cáncer. En particular, existía gran expectativa por el arribo al país de *lady* Antonia Wardell, presidenta de la Sociedad Irlandesa contra el Cáncer; del señor Carlos French, expresidente de la Sociedad Canadiense de Lucha contra el Cáncer, y del señor Clifton Read, miembro del Comité de Educación al Público de la Sociedad Americana de Lucha contra el Cáncer.

El evento se abrió la noche del domingo 19 de noviembre con el Banquete Anual de la Sociedad de Cancerología, y el lunes 20 se dio paso a una apretada agenda que incluía la visita de los participantes a las instalaciones del INC en horas de la mañana y la realización allí de dos conferencias: la primera, a cargo del doctor Emerson Day, sobre la «Importancia y metodología de la detección del cáncer» y la segunda, dictada por el doctor E. Easson, sobre la «Curabilidad de la enfermedad de Hodking» (AINC 1968s, 1). Después del almuerzo se filmó un programa de televisión en el cual, además de la intervención de los invitados Clifton, French y *lady* Wardell, intervinieron la señora Laura de

Jácome, esposa del ex director del INC y ex ministro de Salud, José Antonio Jácome Valderrama, quien también participó, y el director del instituto en ese momento, el doctor Mario Gaitán Yanguas. El segundo día se cerró con una rueda de prensa y una mesa redonda en el Hotel Tequendama. En el tercer y último día se llevó a cabo una conferencia sobre la «Detección del cáncer de cuello uterino», a cargo del doctor Alexander Phillips-Dave Boyes, en la Universidad Javeriana, y se realizó la visita, como era costumbre, al Museo del Oro, a la Quinta de Bolívar y a las Salinas y la Catedral de Sal de Zipaquirá, con un almuerzo en la Hostería El Libertador (AINC 1968s, 2).



Alberto Lleras Camargo

Presidente de la República,
primero del Frente Nacional
(segundo periodo,
agosto 1958 – agosto 1962)

1960

- El Decreto 1598 de 1960 estipula que el instituto «debe realizar y auspiciar las investigaciones científicas y los estudios similares relacionados con el cáncer».
- Se crea el Comité Nacional contra el Cáncer cuyo propósito es «organizar y llevar a cabo campañas nacionales contra el cáncer en todo el territorio nacional». Se inicia el Registro Nacional de Tumores.
- Se inaugura el servicio de Cirugía de Tórax y se reorganiza el servicio de Anestesiología.



- Se publican los primeros informes acerca de la asociación entre cáncer de pulmón y el tabaquismo. Estos generan una fuerte reacción de las tabacaleras.



Alfonso Ocampo Londoño

Ministro de Salud Pública en el Gobierno de Alberto Lleras Camargo (1960), convierte al INC en una institución semioficial.



- Se inaugura la Unidad de Cobaltoterapia, donada por la Comisión de Energía Atómica de los Estados Unidos, lo que configura el inicio de la era de la radioterapia de supervoltaje, primera en el país.



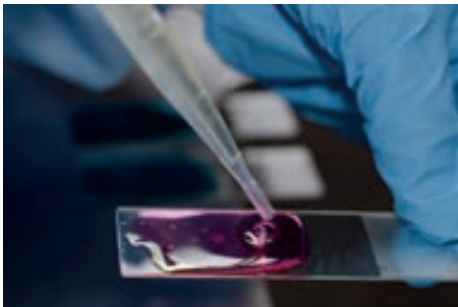
- Primera Conferencia Latinoamericana sobre Diagnóstico Precoz del Cáncer.

- El instituto se convierte en entidad descentralizada con un grupo directivo propio y con autonomía administrativa, adscrito al Ministerio de Salud.

- Se crea una Sección de Educación Sanitaria dirigida a enfermeras y asistentes.
- Se inician las campañas para el diagnóstico temprano del cáncer de cuello uterino.



- Se utilizan por primera vez los sistemas de protección para el personal que tiene contacto con la radiación.



- Se aprueban cuatro programas de especialización avalados por la Universidad Javeriana: Radioterapia, Medicina Interna, Medicina General y Patología.



- Se crean las Divisiones de Investigación y Docencia. Se inaugura la Subdivisión de Biblioteca.

1961

- Se abren los programas de estudios de posgrado y las especializaciones oncológicas.
- Se inaugura el Servicio de Tumores Óseos.
- Se hacen avances significativos en la quimioterapia hepática.



- Se inaugura el Departamento de Enfermería.

1962



- Se establece el primer comité de investigaciones.



- Se inicia el servicio de Medicina Física y Rehabilitación.

1965



Guillermo León Valencia

Presidente de la República
(agosto 1962 – agosto 1966)



- Se crea el Cuerpo de Damas Voluntarias.

1964



- Se da inicio a las actividades de investigación básica en inmunología y virología y se emprenden los estudios en citogenética.

- Se crea la sección de Docencia Universitaria y el Comité de Educación de Posgrado.



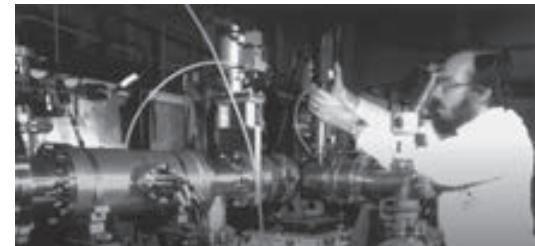
Carlos Lleras Restrepo

Presidente de la República
(agosto 1966 – agosto 1970)



- Se inaugura la Escuela de Citología, con aval universitario y reconocimiento oficial.

1968



- Colciencias inicia sus labores como entidad oficial de investigación científica.

1966

- Se separan los servicios de Endocrinología y Radioisótopos.
- El Acuerdo 0043 del 7 de septiembre de 1966 aprueba un nuevo reglamento y modifica la estructura administrativa del INC.



- Se crea el laboratorio de Microscopía Electrónica.
- Se inaugura la sala de Cuidados Especiales.

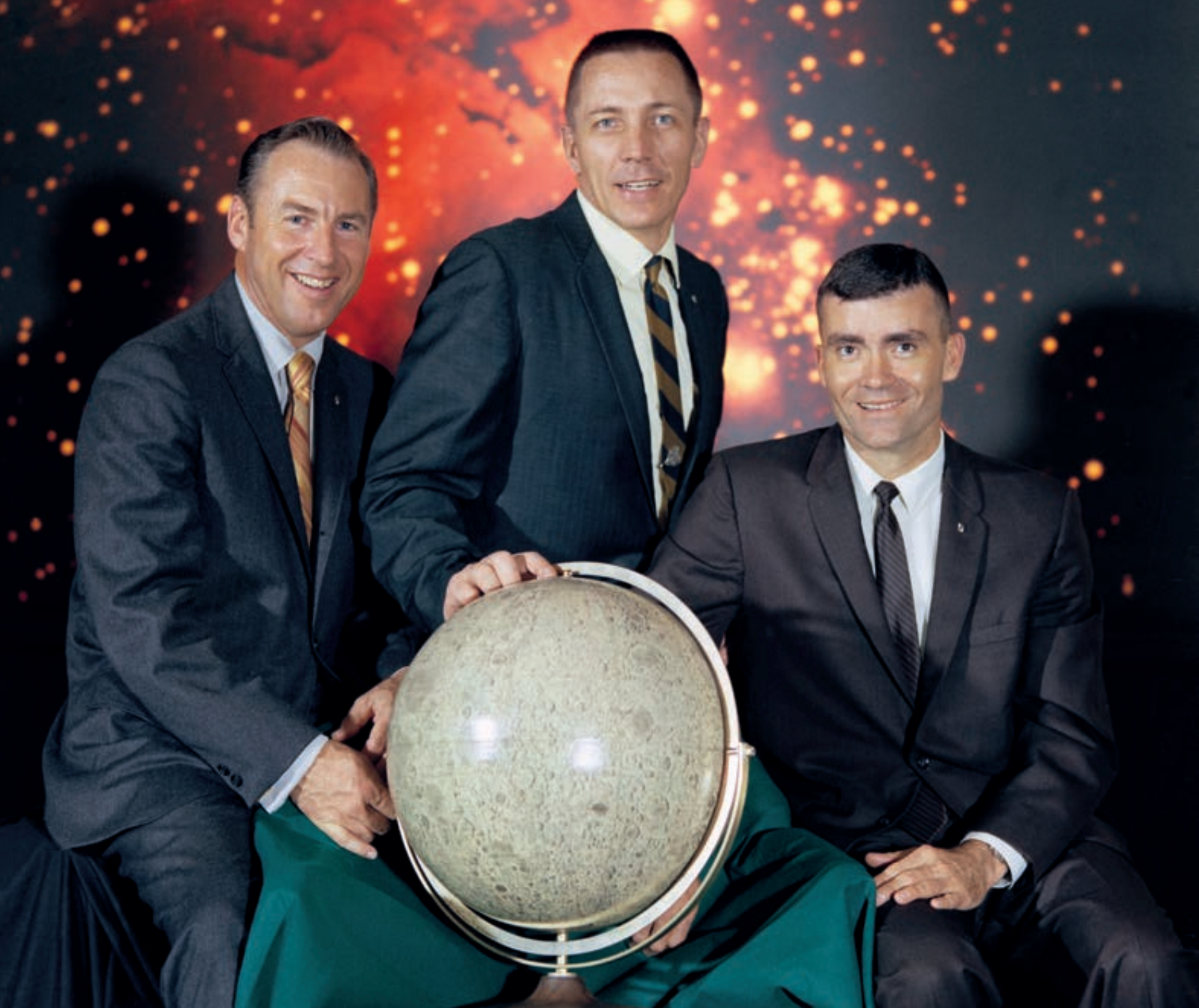
1969



- Se retoma la publicación del boletín del instituto, tras una larga suspensión entre 1956 y 1968. En ese momento se actualiza su nombre, denominándolo *Boletín del Instituto Nacional de Cancerología*.

- Se crea la Sección de Epidemiología y Prevención.

- Se trasladan las funciones del Comité de Lucha contra el Cáncer del Ministerio de Salud al INC. Se inician funciones de investigación epidemiológica en la Sección de Epidemiología y Prevención, que alimenta el Registro Nacional de Tumores.



CAPÍTULO 7

El instituto y el Plan Nacional de Cáncer en el contexto de la reorganización del Sistema Nacional de Salud, 1970-1989

El arribo de la nave espacial Apolo 13 a la luna constituyó un hito en la ciencia y un avance en el desarrollo tecnológico en los inicios de la década de los años setenta del siglo XX. En la fotografía, los tripulantes de la nave, de izquierda a derecha: comandante James A. Lovell Jr., piloto del Módulo de Comando; John L. Swigert Jr. y el piloto del Módulo Lunar, Fred W. Haise Jr. Fotografía: NASA, abril 29 de 1970. Wikimedia Commons.

AL INICIARSE LOS AÑOS SETENTA DEL SIGLO XX, el arribo de la nave espacial Apolo 13 a la luna constituyó un jalón importante en el campo de la ciencia y la tecnología y, sobre todo, en la entrañable interacción de este par de dominios, que llevó a que se formulara un nuevo concepto, el de tecnociencia. Al mismo tiempo, este evento espectacular, pero teñido por el halo de la superstición ligada al número trece, significó un avance de los Estados Unidos dentro de la carrera espacial que tenía lugar en el contexto de la Guerra Fría. Poco después vinieron acontecimientos negativos para la superpotencia americana como el escándalo del Watergate, que provocó la dimisión del presidente estadounidense Richard Nixon en 1974, unos meses después de la salida catastrófica de las tropas norteamericanas de la Guerra de Vietnam; este ciclo de reveses se cerró en 1979 con la revolución iraní, que cambió drásticamente el panorama geopolítico del Medio Oriente y la correlación Oriente-Occidente. Todos estos sucesos sacudieron la confrontación bipolar que durante aquellos años definía la dinámica planetaria. En América Latina, esta confrontación se expresó en la emer-



gencia de dictaduras militares que sirvieron como medio de contención de las ideas comunistas y socialistas, mientras hacía aguas el modelo de Estado interventor promovido por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Argentina, Brasil, Bolivia, Chile, Paraguay y Uruguay sufrieron los rigores de regímenes autoritarios que dejaron una marca dolorosa en materia de violación a los derechos humanos, generando crisis humanitarias, exilios masivos y víctimas en cifras mayúsculas. La promesa de un desarrollo económico y social más equitativo seguía enfrentando problemas en estas naciones.

En Colombia llegó al poder el último de los presidentes del Frente Nacional, el conservador Misael Pastrana Borrero (1970-1974), quien impulsó un rápido proceso de urbanización

La Guerra de Vietnam fue uno de los conflictos más importantes en el marco de la llamada «Guerra Fría». Fotografía: marines en un tanque M-48; 4/3/1968; Archivo General de Fotografías del Cuerpo de Marines de los Estados Unidos, 1927-1981; Registros del Cuerpo de Marines de los Estados Unidos, Grupo de Registros 127; Archivos Nacionales en College Park, College Park, MD.



y frenó los escasos avances logrados con las reformas agrarias planteadas por los liberales en los años anteriores. En efecto, las propuestas modernizadoras del Gobierno de Carlos Lleras Restrepo fueron bloqueadas hasta el punto de que el país parecía volver a instalarse en una situación contradictoria, y hasta esquizofrénica, que tomaba visos de ser una constante histórica, como ya se ha señalado. En lo económico, esta tensión significaba vivir a mitad de camino entre la agroexportación (café, especialmente), la minería extractiva (petróleo, carbón y otras materias) y los esfuerzos tímidos por crear una verdadera base industrial que no cuajaba; entre tanto, el sector financiero avanzaba en una dinámica inquietante con el sistema de la Unidad de Poder Adquisitivo Constante (UPAC) y una tendencia hacia la

La revolución iraní, otro de los acontecimientos que marcó el final de la década de 1970 y que cambió de manera drástica las relaciones Oriente-Occidente. Fotografía: Viernes Negro, autor desconocido, 8 de septiembre de 1978. Wikimedia Commons.

Derecha arriba: varios e importantes acontecimientos, como el Watergate, sacudieron la vida política del mundo en los primeros años de la década de los setenta. Fotografía: el presidente Richard Nixon saliendo de la Casa Blanca después de su renuncia. Oliver F. Atkins, agosto 9 de 1974, The U.S. National Archives.

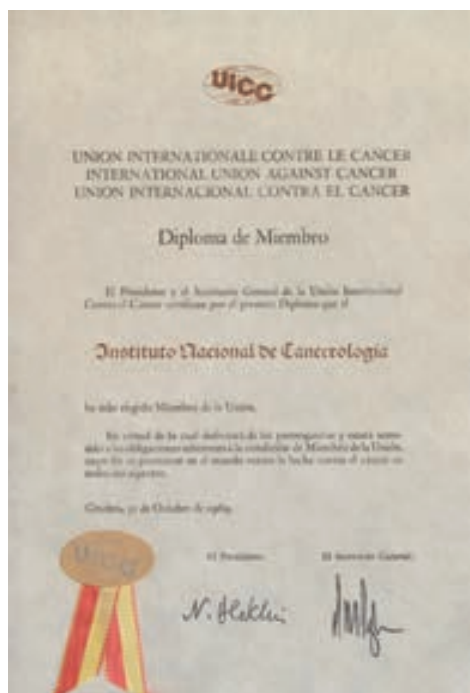
Derecha abajo: Misael Pastrana Borrero, último presidente del Frente Nacional. Fotografía: Misael Pastrana Borrero durante la visita del presidente rumano Nicolae Ceaucescu, septiembre 1973. Online communism photo collection, foto #AA164.

concentración y la competitividad especulativas. En la vida política e institucional del país, la tensión se concretaba, por una parte, en el ingreso a una nueva era de violencia ya no solo partidista, sino con visos revolucionarios y que involucraba la presencia activa de actores internacionales en el marco de la Guerra Fría y, por otra, una aspiración a la convivencia democrática y la igualdad social que parecían cada vez más esquivas.

HACIA UNA MAYOR COMPLEJIDAD ADMINISTRATIVA EN MEDIO DE LA DIFÍCIL DINÁMICA INSTITUCIONAL

Precisamente, durante el Gobierno de Misael Pastrana, el médico Juan Jacobo Muñoz fue nombrado ministro de Educación, por lo cual se retiró de la jefatura del Departamento de Cirugía del INC, mientras Efraim Otero Ruiz fue llamado a dirigir la recién creada Colciencias. En 1970, la dirección del INC continuaba en manos del doctor Mario Gaitán Yanguas, quien asistió como conferencista al curso sobre cabeza y cuello de la Universidad de Miami y al Congreso Latinoamericano de Ginecología; también fortaleció la proyección internacional del instituto participando en la Asamblea General de la UICC, en Houston, y en el Comité de Control del Cáncer de la misma organización. En este momento, su Junta Directiva estaba conformada por el delegado del Ministerio de Salud Pública, el doctor Guillermo Restrepo, remplazado poco después por el doctor Héctor Reverand, secretario privado del nuevo ministro. En representación del personal médico del instituto asistía a la junta el doctor Augusto Buendía y como delegados de la Presidencia de la República fueron nombrados los doctores





Jorge Sanz de Santamaría, Julián Moreno y José Mejía Salazar; por parte de la Sociedad de Cancerología y del Comité Nacional de Lucha contra el Cáncer estaban los doctores Rodulfo Camero y Alberto Villaneda Soto, respectivamente. De doce reuniones llevadas a cabo en 1970 por esta instancia de dirección se desprendieron 45 acuerdos que buscaban racionalizar el funcionamiento del Cancerológico.

Esta prolífica actividad normativa le permitió a la Junta Directiva afrontar varios retos ligados a la consolidación institucional del sector público y al propio crecimiento interno del INC. En el primer campo, la implementación de algunos desarrollos administrativos diseñados desde el Estado central implicaron más requisitos, nuevos sistemas de control y más tramitología, con lo que se aumentaba el trabajo que debía adelantar el INC; incluso fue necesario conseguir personal extra para suplir esa demanda. Estas nuevas orientaciones burocráticas conllevaban esfuerzos de todo tipo, como ocurrió con la aprobación del estatuto de personal, que debía ser sancionado por la Dirección de Servicio Civil en el marco de la reforma administrativa nacional adelantada en 1969. Su adopción en el INC no fue posible en ese año, lo que obligó a seguir empleando la normatividad ya existente; esto creó un desfase entre lo que se hacía de puertas para adentro en el instituto y el ordenamiento implementado en otras instituciones públicas en materia de personal (AINC 1971, 11).

Pese a impases como este, y en virtud de los acuerdos 42 y 43 de 1969, por los cuales se fijaba la planta de personal del instituto, el número de empleados pasó de 357 a 420 en 1970, un aumento de 63 funcionarios, equivalente al 11,76 % con respecto al año anterior. Sin embargo, ello estaba por debajo del incremento en el número de pacientes y, por lo tanto, de los servicios prestados, lo que generaba una sobrecarga para el personal asistencial, fundamentalmente. En términos generales, la mayor parte del personal trabajaba de tiempo completo, excepto diecinueve médicos que laboraban medio tiempo y otros doce que lo hacían de tiempo parcial. En la tabla 44 se aprecia la distribución del personal.

Arriba: el doctor Juan Jacobo Muñoz, ministro de Educación durante el Gobierno de Misael Pastrana, fue jefe del Servicio de Cirugía del INC, donde trabajó durante quince años.

Abajo: el instituto hace parte de la Unión Internacional contra el Cáncer (UICC) desde 1969. Archivo INC.

Tabla 44. Personal del instituto en 1970

Personal	Número
Médicos	88
Odontólogo	1
Personal paramédico	127
Trabajadores sociales	8
Oficinistas	61
Servicios generales	127
Servicios religiosos	2
Otros	6
Total	420

Fuente: AINC, *Informe anual de labores* de 1970.

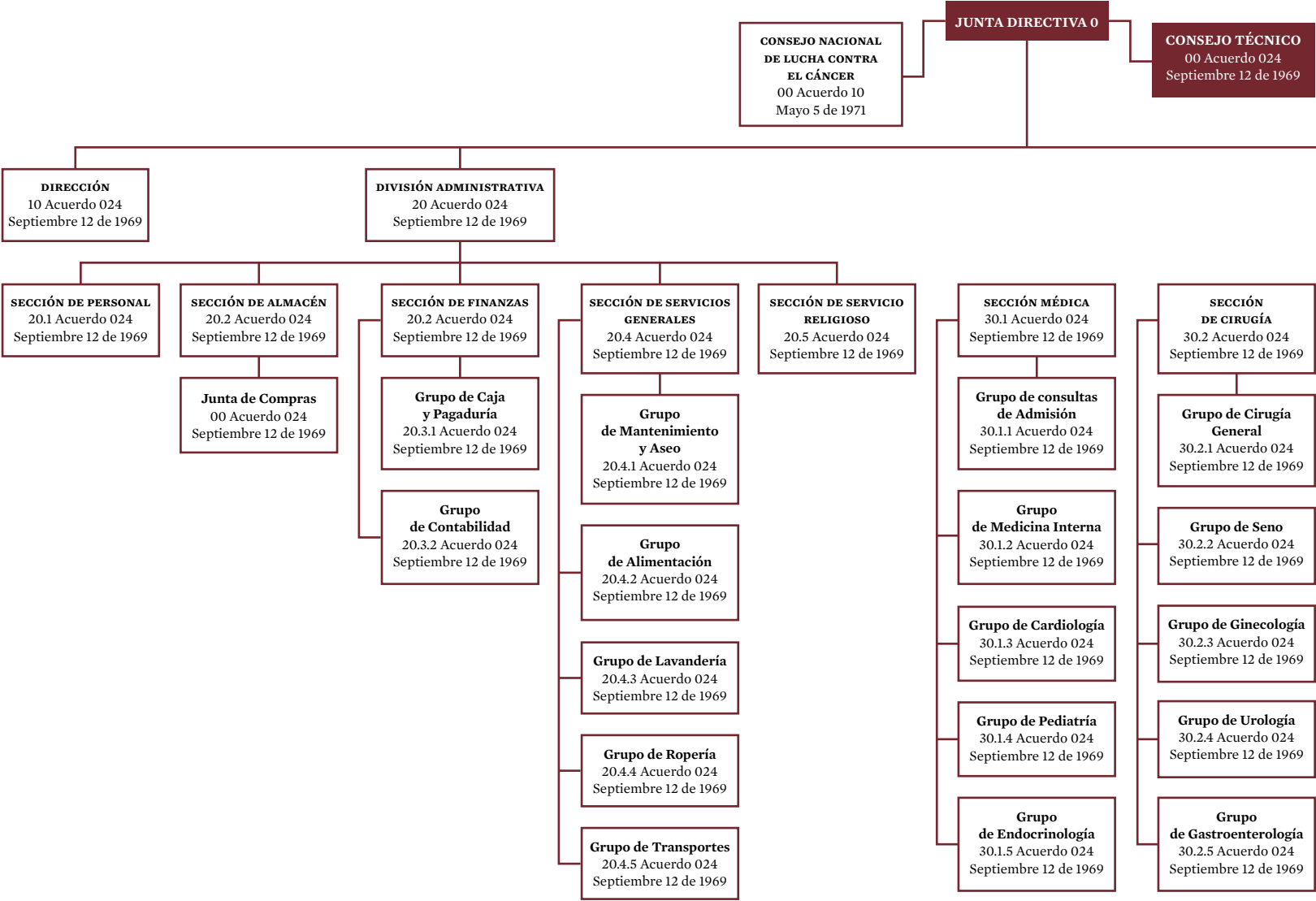
En el campo de los ajustes internos, la Junta Directiva produjo el 5 de mayo de 1971 el Acuerdo 10, el cual —junto con algunas disposiciones elaboradas al final de los años sesenta, como el Acuerdo 0024 de 1969, que consolidó la estructura interna del INC— permitió que la junta quedara articulada al Consejo Técnico, creado años antes, y al Consejo Nacional de Lucha contra el Cáncer, establecido en 1971. Ligadas a estas dos instancias se dispusieron cuatro divisiones: la primera era la administrativa, conformada por las secciones de personal, almacén, finanzas, servicios generales y servicio religioso; la segunda era la de atención médica, integrada por las secciones médica, de cirugía, de radio-terapia, de radioisótopos, de patología y de laboratorio clínico y banco de sangre; la tercera fue la división de servicios especia-

les, de la que hacían parte las secciones de docencia, estadística, investigación y biblioteca, asistencia social y publicaciones. En estas tres divisiones, cada sección coordinaba un determinado número de grupos de trabajo encargados de labores especializadas, bien sea en lo administrativo, en lo asistencial o en el campo de los servicios especiales. La cuarta división, que se denominó de epidemiología y prevención, estaba conformada por cuatro grupos: el de registro nacional del cáncer, el de epidemiología, el de educación sanitaria y el de prevención y diagnóstico precoz (gráfica 4, página siguiente).

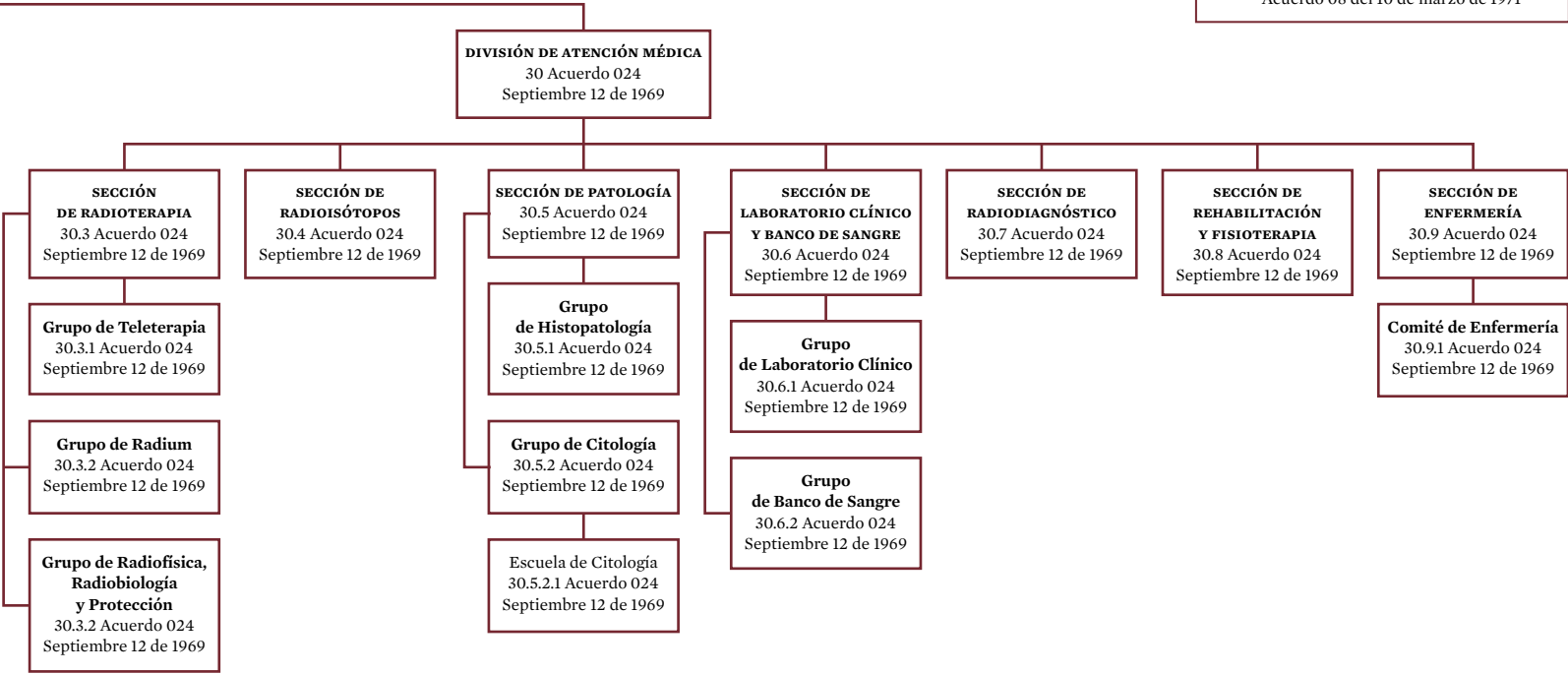
La prolífica actividad normativa le permitió a la Junta Directiva del INC afrontar varios retos ligados a la consolidación institucional del sector público y al propio crecimiento interno del instituto.

La consolidación de esta estructura y de los nuevos grupos de trabajo en cada división y de cada sección supuso la incorporación de nuevos conocimientos y técnicas en el ámbito asistencial, como sucedió con el cambio de la cirugía radical hacia la cirugía ablativa, siguiendo la tendencia mundial que se había comenzado a imponer desde 1967. Otras innovaciones quedaron plasmadas en artículos y capítulos de libros publicados por los médicos del INC. Por ejemplo, los doctores Juan Jacobo Muñoz y Jaime

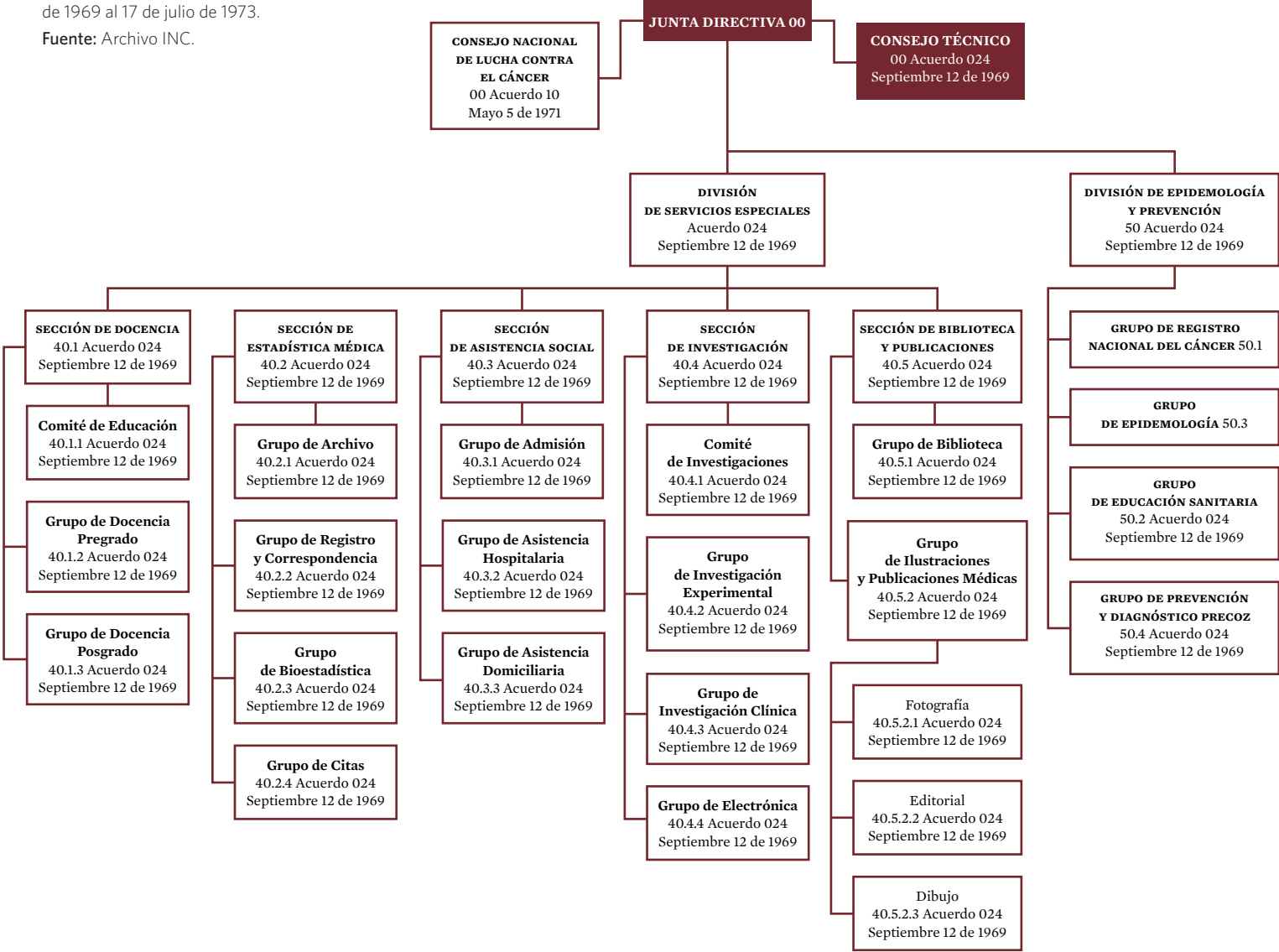
Gráfica 4. Organigrama del instituto entre 1969 y 1971



Normas
Acuerdo 024 del 12 de septiembre de 1969 (ppal.)
Acuerdo 09 del 5 de mayo de 1971
Acuerdo 10 del 5 de mayo de 1971
Acuerdo 08 del 10 de marzo de 1971



Continuación gráfica 4
Periodo 4: del 12 de septiembre
de 1969 al 17 de julio de 1973.
Fuente: Archivo INC.



Gómez Echeverry publicaron cien casos de adrenalectomías bilaterales para el tratamiento paliativo del cáncer de seno; también se dieron a conocer las experiencias de quimioterapia por perfusión transarterial aislada y de hipofisiosectomía por medio de «semillas» de oro radioactivo implantadas por vía transesfenoidal, técnica desarrollada por Enrique Constantín (Otero 1999, 147). Además, el lugar central que fue adquiriendo la quimioterapia como método curativo y paliativo propició la creación en el instituto de una sección especializada en ella. En efecto, en 1972 se creó el Grupo de Quimioterapia, dirigido por el doctor Manuel Iregui; cuando este murió, en 1979, la responsabilidad del grupo quedó en manos de los doctores Luis Carlos Martínez, Carlos Correa y Herman Esguerra, siempre en estrecha relación con el Departamento de Radioterapia. Durante esos mismos años se iniciaron las terapias combinadas para tratar la enfermedad de Hodgkin, que incluían básicamente mecloretamina-vincristina y prednisona. Un nuevo medicamento se hizo común en los años setenta: el 5-fluorouracilo (5-FU), empleado para la quimioterapia de los carcinomas de vías digestivas. Se le sumaron luego las sales de plata para tumores testiculares y otras neoplasias, así como el cisplatino. En el campo del diagnóstico y la terapéutica hematológica se implementó el uso rutinario de agentes quimioterapéuticos en dosis elevadas, los cuales eran curativos en el caso de leucemias o linfomas, y paliativos en otras neoplasias (Otero 1999, 153). En 1977 se inició en el instituto el tratamiento con criocirugía y nitrógeno líquido, «siguiendo los postulados de Marcove, cirujano jefe del Memorial Hospital de New York» (Soto 2003, 43). Se debe tener en cuenta que durante esa época, en los países centrales —especialmente en los Estados Unidos— la quimioterapia adquirió una fuerza inusitada y Colombia no podía estar por fuera de esta tendencia. Como afirmó Mukherjee, sobre la oncología de los años setenta del siglo xx: «Todo combate requiere su campo de batalla

Arriba: las innovaciones y nuevas técnicas en el tratamiento contra el cáncer dieron lugar a un sinnúmero de publicaciones. Fotografía: artículo del doctor Juan Jacobo Muñoz, *Revista de la Facultad de Medicina UNAL*, volumen 28, enero-marzo 1960.

Abajo: el doctor Ralph C. Marcove, jefe del Servicio de Tumores Óseos en el Memorial Hospital for Cancer, Sloan Kettering Institute, fue pionero en la oncología ortopédica, a la que dedicó sus cuarenta años de carrera. Sus postulados fueron referenciales para el inicio de importantes tratamientos en la década de los años setenta en el INC.





emblemático, y si hubo un lugar físico que resumiera las guerras contra el cáncer [...] ese fue la sala de quimioterapia» (2012, 257).

No hay duda de que la conformación de estas orientaciones y prácticas permitió un avance asistencial y técnico-científico importante, pero había aspectos de la vida del instituto que aún requerían ajustes. Se precisaba de un acto administrativo principal que regulara la creación y el funcionamiento conjunto de todos los frentes de trabajo. Por ello se optó por reconstruir una dependencia jerárquica, teniendo en cuenta el Acuerdo 024 de 1969, que pese a ser norma anterior justificaba, definía y de alguna manera reglamentaba la existencia de los grupos que se hicieran necesarios de acuerdo con las exigencias institucionales y las del conocimiento y la práctica de la oncología internacional. En los años siguientes se emitieron normas incluyentes y más generales como el Acuerdo 0032 de

El doctor Vincent T. DeVita, norteamericano, médico del Instituto Nacional de Cáncer de los Estados Unidos, ayudó a desarrollar el MOPP, la unión de cuatro drogas que constituyó el primer programa de quimioterapia de combinación exitoso. Usado para tratar la enfermedad de Hodgkin y los linfomas difusos de células grandes, con este tratamiento las probabilidades de muerte pasaron de casi 100 % a alrededor del 30 %.
Fotografía: National Cancer Institute.

1976, por el cual se reformó la estructura orgánica del INC y se dictaron otras disposiciones, como fue el caso de la Resolución 576 de 1977, para la creación de nuevos grupos de trabajo.

En materia presupuestal, para los años setenta ya se había hecho crónico el atraso de los recursos provenientes de la nación y su giro incompleto. Debido a las demoras, los aportes debían ser trasladados a la siguiente vigencia. Pese a que el monto de los gastos se presentaba de forma oportuna, con el visto bueno de la Dirección Nacional de Presupuesto y cumplía todos los requisitos de la Sección de Planeación del Ministerio de Salud y del Departamento de Planeación Nacional, fue mucho menor el auxilio de 1970 «sin que pueda saberse nunca cuál fue la entidad responsable del recorte» (AINC 1971, f. 19). En efecto, en el proyecto de presupuesto figuraban 20 000 000 de auxilio del Gobierno y solamente fueron aprobados 16 000 000. Ello obligó a la dirección a solicitar un auxilio adicional por 5 000 000, destinados a la ampliación del instituto.

Ahora bien, vale la pena analizar las fuentes de financiación del INC con algún detalle. Dentro de los recursos que recibía estaban los del Gobierno nacional, pero también los de loterías, quinielas y juegos (por ejemplo, la apuesta hípica llamada «5 y 6» y similares); capitales de vigencias anteriores y de ampliación de infraestructura; dineros provenientes de la docencia, pagados por la Pontificia Universidad Javeriana; auxilios de Presidencia para formación, y algunos auxilios extraordinarios, más la caja menor, la caja general y los fondos de los bancos. En ese contexto, las rentas producidas constituían solo el 14,7 % (4 482 796 pesos) de los ingresos totales (30 465 525 pesos), de modo que el 85,3 % de los fondos provenían del Gobierno central, y con ellos se asumía una estructura del gasto que para 1970 era como se presenta en la tabla 45 (página 364).

SEPTIMA CARRERA		OCTAVA CARRERA		NOVENA CARRERA	
CUARTA VALIDA PARA EL "S Y E"		QUINTA VALIDA PARA EL "S Y E"		SEXTA VALIDA PARA EL "S Y E"	
1	PUENTE (M.)	1	ARTERIO	1	EL ZPA
2	SAN TELMO	2	KENNETT	2	TAMBA
3	EL SOLAR	3	HERNANDEZ	3	LA PAZ
4	CELESTINO	4	PAZOLINO	4	PIERRE
5	PABLO	5	CACHOPELLO	5	PIERRE
6	CENTINARIA	6	MURMURANTE	6	CASA BLANCA
7	MUTUA (M.)	7	GUAYACAN	7	VOLUNTARIO
8	CAJON	8	PRINCIPAL	8	ELT MAY
9	CALDERA	9	CALDERA	9	CALDERA
10	CALDERA	10	CAJON	10	CAJON
11	CAJON	11	CAJON	11	CAJON
12	CAJON	12	CAJON	12	CAJON

Aunque la ejecución de los gastos de ese año no mostraba déficit, la preocupación real de los directivos se centraba en el incumplimiento en el giro de los recursos. Para contrarrestar esta situación se hacían traslados dentro del presupuesto inicial que permitían enfrentar problemas como los aumentos del costo de vida y de diversos elementos de cirugía y medicamentos. A ello se sumaban otras contingencias como el intempestivo rompimiento del contrato con las Hermanas de la Caridad, que obligó a remplazarlas por otro personal y a crear cargos que significaron nuevas erogaciones. También llegó al instituto el cobro de cuentas por parte de las empresas de Energía Eléctrica y de Acueducto y Alcantarillado por servicios de varios años anteriores, un pago que nunca se había considerado, pues siempre estuvo a cargo de la sección de «Edificios Nacionales» del

El INC, como ha sido habitual en el sector de la salud en Colombia, recibía recursos de los juegos y loterías. La imagen muestra un formulario de la apuesta hípica llamada «5 y 6».

Ministerio de Obras; sin embargo, a partir de 1970, cada institución debía pagar sus servicios con retroactividad. Adicionalmente, fue preciso hacer una transferencia a la Caja Nacional de Previsión por concepto de servicios médicos a los residentes, resultado de los acuerdos establecidos durante la huelga médica de febrero de ese año.

La distribución global de egresos por dependencias muestra el fuerte componente asistencial del instituto —como se había definido desde 1945 y ratificado en los años cincuenta y sesenta—, desplazando a un segundo plano la función docente y de investigación. La tabla 46 (página 366) muestra la estructura de gastos en 1970.

Gracias al esfuerzo administrativo, en 1970 se incrementaron los ingresos corrientes del instituto, debido a un aumento global del 28 % de pacientes privados. Además, se habían subido las tarifas en los primeros meses del año, lo que contribuyó a la mejora de las finanzas. Al final, por petición del instituto, el Gobierno cumplió con sus aportes, aunque en una fecha posterior a la reglamentaria. Algunos de los recursos provenientes de la administración de la ciudad de Bogotá, como los de las apuestas hípicas («5 y 6»), no fueron girados en su totalidad ni en 1969 ni en 1970. A este déficit se sumaban las altísimas contribuciones que el INC debía transferir a organismos del sector público nacional. Por ejemplo, de un total de veinte millones de gastos pagaba dos millones en transferencias (un 10 % de sus egresos), de los cuales un millón iba para la Caja Nacional de Previsión, entidad que se beneficiaba, además, del descuento que le hacía el instituto a los afiliados de dicha Caja.

En esas circunstancias, el Cancerológico debía esforzarse por equilibrar sus finanzas mediante diversas estrategias, como los contratos con los servicios seccionales de salud o acudir a

Tabla 45. Estructura de gastos del instituto en 1970

		Presupuesto final	Ejecución total	Saldos finales
Gastos de funcionamiento				
Servicios personales	Sueldos	10 416 713	10 416 713	0
	Primas	983 731	954 257	29 474
	Vacaciones	122 751	122 751	0
	Subsidio de transporte	121 735	93 980	27 755
	Subsidio familiar	43 621	36 640	6 981
	Total	11 688 551	11 626 343	62 208
Gastos generales	Mantenimiento y seguro	251 200	247 828	3372
	Transporte y comunicaciones	31 748	31 748	0
	Material y suministro	1 687 137	1 687 137	0
	Drogas	822 418	822 418	0
	Alimentación	589 228	589 228	0
	Servicio social	3 000	2 183	817
	Total	3 384 731	3 380 544	4 187
Transferencias	Sena	215 197	196 898	18 299
	Caja de Previsión Social	703 999	616 570	87 429
	Contraloría General	80 000	80 000	0
	Fondo Nacional del Ahorro	896 657	896 657	
	Total	1 895 853	1 790 126	105 728
Total		16 969 135	16 797 013	172 121

Fuente: AINC, Informe anual de labores de 1970.

		Presupuesto final	Ejecución total	Saldos finales
Gastos de inversión				
Servicios personales	Sueldos	1 644 720	1 644 720	0
	Primas	164 091	164 091	0
	Vacaciones	7 553	4 144	3 408
	Subsidio de transporte	5 339	5 339	0
	Becas	928 536	928 536	0
	Subsidio familiar	1 800	1 800	0
	Total	2 752 039	2 748 632	3 407
Gastos generales	Materiales y suministro	155 536	155 536	0
	Compra de equipo	597 475	571 144	26 331
	Programas especiales de investigación	207 486	108 774	98 712
	Congresos y viáticos	85 000	58 355	26 645
	Publicaciones	80 000	3 262	76 738
	Libros y suscripciones	80 000	61 134	18 866
	Total	1 205 497	958 207	247 290
Transferencias	Sena	39 044	31 100	7 944
	Fondo Nacional del Ahorro	162 686	162 686	0
	UICC	22 070	22 070	0
	Asociación Colombiana de Hospitales	1 440	1 080	360
	Total	225 240	216 937	8 303
Total		4 182 780	3 923 776	259 004
Gastos de capital				
	Construcción y dotación de la ampliación	8 000 000	1 745 324	6 254 676

Tabla 46. Estructura de gastos del instituto en 1970 por dependencias

Dependencia	Funcionamiento	Inversión	Transferencias	Total
Dirección	361 336	2 850	67 442	431 628
Administración	3 480 140	60 068	396 452	3 936 660
Asistencia médica	10 875 158	453 624	1 309 529	12 638 311
Asistencia social	308 657	-	39 852	348 509
Estadística médica	-	434 897	38 421	473 318
Docencia	-	1 116 367	15 089	1 131 456
Investigación	-	517 184	47 303	564 487
Epidemiología y prevención	-	878 528	79 947	958 475
Biblioteca y publicaciones	-	217 338	13 024	230 362
Ampliación	-	1 745 324	-	1 745 324
Totales	15 025 291	5 426 180	2 007 059	22 467 216
Recursos del balance				7 949 767
Gran total				30 415 883

Fuente: AINC, *Informe anual de labores* de 1970.

los dineros no ejecutados de los programas de investigación. Pero la tarea no era fácil, pues el Gobierno continuaba incumpliendo el giro de algunos recursos o bien recortándolos anualmente. En medio de estas condiciones se presentó el proyecto de presupuesto para 1971, y al igual que en los años anteriores «fue aprobado con una gran cantidad de recortes, que harán difícil la subsistencia del Instituto» (AINC 1971, f. 24). Con estos dineros tan cortos resultaba casi imposible responder a la

creciente demanda de servicios asistenciales que seguían concentrándose en los sectores sociales de más bajos ingresos. Por ejemplo, en 1970 llegaron 9564 pacientes nuevos y de ellos 9387 recibieron atención médica en los 247 días hábiles de este año destinados a la consulta en admisión, con un promedio de 38 pacientes nuevos por día. La tabla 47 clasifica por categoría a los enfermos atendidos durante ese año.

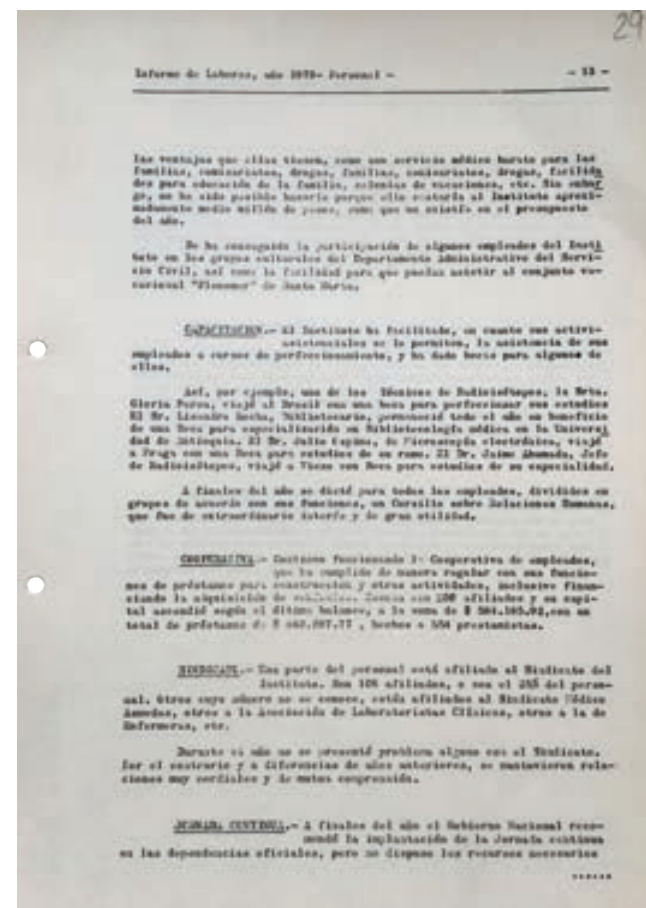
Tabla 47. Número de enfermos por categoría en 1970

Categoría	Número de enfermos	Porcentaje
A (pago total)	50	0,5
B (pago 75 %)	524	5,5
C (pago 50 %)	290	3,1
D (pago 25 %)	715	7,6
E (no pago)	7808	83,2

Fuente: AINC, *Informe anual de labores de 1970*.

Como en los años sesenta, el aporte de los pacientes de la seguridad social al instituto en la categoría B era fundamental y descansaba en el crecimiento en el número de trabajadores afiliados al seguro; pero dicho auge se ralentizaba y las cargas de la asistencia pública a los más pobres se volvían cada vez menos sostenibles. Ahora bien, la raíz de ese problema no estaba en el INC, que se destacaba entre los hospitales públicos por su buena administración, sino en un sistema de salud que, después de los intentos fallidos de integración de los años sesenta, no lograba cubrir apropiadamente a la población colombiana en las condiciones de calidad requeridas y no había creado los estándares estructurales adecuados para financiar la atención en salud que el país exigía.

Además de los esfuerzos organizativos, administrativos y financieros, el Cancerológico intentaba mejorar la capacitación y las condiciones laborales y de bienestar para sus empleados. En la medida en que las actividades asistenciales se lo permitían, la Junta Directiva contribuía con algunas becas para capacitarlos y brindaba cursos sobre relaciones humanas que mejoraban el ambiente laboral. Gracias al apoyo del instituto, la señorita Gloria Perea, técnica en radioisótopos, viajó a Brasil a perfeccionarse, y el señor Lisandro Rocha, bibliotecario, recibió una beca para hacer su especialización en Bibliotecología Médica en la Universidad de Antioquia. El doctor Julio Ospina, por su parte, viajó a Praga con una beca para estudios en patología y



Una de las preocupaciones del INC era la de mantener buenas condiciones laborales para quienes estaban vinculados a la institución. En esta imagen de un informe de labores pueden verse algunos puntos relativos al tema. Archivo INC.

el médico Jaime Ahumada, jefe de radioisótopos, viajó a Viena también becado por el INC. Adicionalmente, se contaba en los años setenta con una cooperativa de empleados que prestaba dinero para la construcción de vivienda y la compra de vehículos; en 1970 esta tenía 200 afiliados y su capital era de 584 185 pesos con préstamos a 554 empleados por un total de 448 287 pesos (AINC 1971, f. 28). A la cooperativa se sumaba el sindicato del instituto, con 106 afiliados que correspondían al 25 % del personal, la Asociación Médica Sindical, a la que pertenecían algunos médicos, la Asociación de Laboratoristas Clínicos y el sindicato de las enfermeras. Este grado relativamente importante de organización de los trabajadores contribuía a mantener un clima democrático sin conflictos mayores, como refería el Informe del Director, en 1970: «Durante el año no se presentó problema alguno con el Sindicato, por el contrario y a diferencia de años anteriores, se mantuvieron relaciones muy cordiales y de mutua comprensión» (AINC 1971, f. 29). Aunque, en el caso de la adopción de algunas medidas propuestas por el Gobierno, como la jornada continua en las dependencias oficiales, tanto trabajadores como directivos del INC la rechazaron, ya que sin proveer los recursos para ello esta supondría más gastos de almuerzo para el personal, a lo que se sumaba la salida de los empleados a las fondas vecinas, por la ausencia de una cafetería en la institución, fondas «cuya higiene deja mucho que desear» (AINC 1971, f. 30). Finalmente, el instituto no adoptó esta norma y solicitó al Gobierno un subsidio para proveer almuerzos a precios cómodos y ajustados al presupuesto de cada persona. Tampoco fue posible acoger la propuesta de la semana de cinco días laborales hecha por el Gobierno, ya que por tratarse de un hospital era preciso que se mantuviera la atención a los pacientes sábados, domingos y festivos.

En 1971 el instituto atendió a 8607 pacientes, con un total de 60 060 consultas de especialidades médicas. Con 142 camas disponibles, ese año se alcanzó un índice de ocupación del 86,8 %, una estancia promedio de 17,2 días y un costo por cama/día de 302 pesos (Colombia, Ministerio de Salud 1971, 60). La mayor parte de los atendidos provenía de Bogotá (57 %), luego seguían los de Cundinamarca (14 %), Tolima (7 %), Boyacá (6 %) y Santander (3 %). Durante aquel año el INC trabajó en coordinación con los departamentos de Caldas, Cauca, Quindío y Tolima para el desarrollo de programas de educación al público y a profesionales en el diagnóstico precoz, prevención, epidemiología y estadística del cáncer. Gracias al Registro Nacional de Cáncer, en 1971 era posible contar con datos sobre la morbilidad en este campo a partir de la confirmación histológica de casos en todo el país, de modo que para ese año el cáncer de cuello uterino afectaba al 28,6 % de los pacientes; seguido del cáncer de piel, con el 20,5 %; el de seno, con el 9,2 %, y el de estómago, con el 5,6 %. A continuación se ubicaba el cáncer de esófago (2,7 %), el de tejidos blandos (2,3 %), el de cuerpo del útero (2,2 %), el de tiroides (2,0 %) y el de ovario (1,9 %) (Colombia, Ministerio de Salud 1971, 61).

Las actividades de docencia siguieron tanto para los profesionales como para el público en general, con énfasis en el diagnóstico precoz. En el campo de la investigación se pusieron en marcha pesquisas epidemiológicas específicas sobre cáncer en los departamentos de Quindío, Antioquia y el Distrito Especial de Bogotá, y mientras se iniciaba el estudio sobre el hábito de fumar en Colombia, al mismo tiempo se terminaba el epidemiológico sobre el cáncer de cuello uterino. En el campo de la investigación básica experimental se llevaban a cabo estudios en microscopía electrónica y cultivo celular y tisular con siete pro-

gramas específicos en colaboración con el Instituto Nacional de Programas Especiales de Salud, el Centro Interamericano de Agricultura Tropical, el Instituto Colombiano Agropecuario, la Universidad de los Andes, el Hospital Militar y el Hospital San Juan de Dios de Bogotá. En el ámbito de la clínica aplicada se continuó con la tradicional revisión de las historias clínicas de pacientes atendidos en el pasado y se llevaron a cabo análisis prospectivos para el desarrollo de nuevos métodos diagnósticos y terapéuticos.

En 1972, el instituto había implementado un modelo de atención integral con el cual buscaba superar las restricciones y las limitaciones de las décadas anteriores y que clasificaba a los pacientes en cuatro tipos: 1) asintomáticos, que demandaban un examen para diagnóstico precoz de cáncer; 2) con síntomas o sospechas de cáncer, que solicitaban definición del diagnóstico; 3) con diagnóstico de cáncer de otras instituciones remitidos para tratamiento, y 4) aquellos tratados en años anteriores y que venían para seguimiento o control. Bajo esas modalidades, en 1972 se atendieron 10 594 personas, número superior a las admitidas en 1971 (10 079) y en 1970 (9387). El promedio de pacientes fue de 43,4 por día y su procedencia volvía a poner en primer lugar al Distrito Especial de Bogotá (6287), seguido por Cundinamarca (1426), Tolima (731), Boyacá (613), Santander (274), Huila (219) y Meta (208). Las localizaciones de la enfermedad diagnosticada en 1972 revelan la persistencia de los cánceres de cuello uterino, de piel y gástrico, en los primeros lugares, así como el ascenso en el número de casos de cáncer de ovario, que empezó a ubicarse dentro del grupo de los diez más frecuentes (tabla 48).

Una de las pacientes que ingresó al instituto en 1972 por cuenta del cáncer de ovario fue la señora Alejandrina Guillén

Tabla 48. Diez primeras localizaciones de cáncer en casos atendidos en el INC durante 1972

Localización	Número	Porcentaje
Cuello uterino	760	30,93
Piel	510	20,76
Seno	270	11,09
Estómago	106	4,31
Linfomas ganglionares	92	3,74
Leucemias	76	3,09
Tiroides	57	2,32
Esófago	51	2,08
Tejidos blandos	49	1,99
Ovarios	49	1,99

Fuente: Colombia, Ministerio de Salud (1972, 72).

viuda de Vargas, quien había sido víctima de la violencia liberal-conservadora de mediados de siglo xx en Villeta (Cundinamarca). En ese terrible momento de la historia nacional, ella había perdido a su esposo, Demetrio Vargas, lo que la llevó a desplazarse y establecer su residencia en el municipio de Guaduas con su hija María, en los años siguientes. Doña Alejandrina ingresó el 21 de abril de 1972 al INC por iniciativa de sus hijos, Armando, Sildana, Edelmira, Guillermo y Cleotilde, con un cuadro de larga evolución de dolor abdominal tipo cólico, cefalea, parestesias en los miembros inferiores y dos nódulos, uno en la región infrahioidea, a la izquierda de la línea media, y otro en la axila izquierda,

[illegible]

correspondiente a una adenopatía. Debido a sus escasos recursos y a su origen campesino, fue clasificada para hospitalización en la categoría E; no obstante, en el momento del ingreso sus hijos hicieron un aporte de 150 pesos, lo que revelaba la preocupación de esta familia por retribuir en alguna medida la atención esmerada que brindaba el instituto a doña Alejandrina. En su primer ingreso en 1972 estuvo hospitalizada cerca de una semana y regresó en julio de 1973 por un cuadro abdominal. El estudio del líquido ascítico reveló la presencia de células compatibles con un adenocarcinoma mucoproducente, y tras descartar una patología maligna de las vías digestivas, los médicos concluyeron que el diagnóstico de doña Alejandrina era el de cáncer de ovario. Al confirmarse el tamaño del tumor, se abandonó la idea de someterla a una cirugía y se propuso, a cambio, iniciar quimioterapia y un tratamiento paliativo con telecobalto.

Después de estar hospitalizada cerca de dos meses, doña Alejandrina mejoró de manera considerable y fue dada de alta; pero debía seguir con la quimioterapia, como lo informó el doctor Miguel Iregui. Su tratamiento continuó durante 1974, 1975 y 1976, y el 10 de septiembre de este último año la paciente había mejorado su escala funcional, había ganado peso y se encontraba en mejores condiciones; no obstante, informaba dolor en el epigastrio y presentaba anemia, por lo que fue oportunamente transfundida. La quimioterapia se le siguió suministrando durante 1977 y 1978, pero su estado general se deterioró entre enero y marzo de este último año. Aunque la terapia paliativa había cumplido su cometido, mejorando su calidad de vida, el cáncer avanzó y para inicios de 1978 doña Alejandrina no lograba levantarse de su cama por sus propias fuerzas. Finalmente, el 21 de marzo de 1978 «viene la hija de la paciente e informa que esta falleció a las 5 horas 45 minutos» (AINC 1972, sf).

Aunque es imposible reconstruir la historia de todos los pacientes atendidos en el instituto, el caso de doña Alejandrina, la abuela de uno de los autores de este libro, es representativo de las tendencias estadísticas de los ingresados que provenían de sitios cercanos a Bogotá, así como del incremento del cáncer de ovario durante esos años. El itinerario asistencial de esta persona deja también comprender el profundo impacto del instituto en la atención de personas humildes que encontraron respuestas, unas definitivas, otras paliativas, frente a esta enfermedad. La sobrevida que alcanzó la abuela Alejandrina entre 1972 y 1978, gracias a la atención recibida en el INC, le permitió convivir durante unos años con sus hijos y conocer a sus nietos.

Ahora bien, volviendo al cáncer de cuello uterino, el tipo de cáncer más diagnosticado en 1972, el seguimiento a las pacientes con esta patología dio la oportunidad al INC de construir los primeros informes precisos sobre sus estadios, como se muestra en la tabla 49.

Mientras el instituto mantenía la atención y la investigación en este tipo de cáncer, la situación general del sector de la salud no era muy afortunada. La insolvencia financiera del Seguro Social, la baja cobertura del sistema público y los magros resultados en salud urgían ajustes institucionales. Los aires planificadores y estatistas de los años sesenta y de inicios de los setenta hacían imperativa una reorganización del sector para enfrentar su desorden y su fragmentación. Ello llevó a un ajuste normativo en los años setenta que moduló el encuadre institucional del INC, en lo cual es preciso detenerse.

Tabla 49. Estadío de evolución del cáncer de cuello uterino diagnosticado en el INC en 1972

Estados	Número	Porcentaje
0	130	18
I	7	1
II	94	13
III	417	58
IV	56	8
Tratados fuera del instituto	19	2

Fuente: elaboración propia.

LA REESTRUCTURACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD Y DEL INSTITUTO COLOMBIANO DE SEGUROS SOCIALES

Durante el Gobierno de Misael Pastrana Borrero se propuso una reforma del sistema de salud por medio del proyecto de ley 85 de 1972, presentado por el ministro José María Salazar Bucheli, el 20 de septiembre de ese año. Esta iniciativa buscaba enfrentar las limitaciones y el desorden que existían en el sector de la salud y trataba específicamente sobre aspectos como el reordenamiento del Ministerio, la integración de los servicios, el régimen jurídico de las entidades de asistencia pública e interés social, los productos farmacéuticos y los equipos de dotación en salud, además de la condición salarial de los trabajadores de este campo (Vega 2010).

El proceso de reestructuración del Sistema Nacional de Salud (SNS) se llevaría a cabo sobre la base de una investigación



que emprendió el Ministerio del ramo desde septiembre de 1972, tendiente a elaborar un diagnóstico sobre la situación de los servicios de salud en Colombia y desde allí construir una propuesta acorde con los principios de las políticas ya establecidas. Tal investigación, denominada *Rediseño del Sistema Nacional de Salud de Colombia*, fue orientada directamente por el Ministerio con la asesoría de la Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Mundial de la Salud, y su financiación provino de instituciones nacionales como el propio Ministerio, entidades adscritas a este y los servicios de salud seccionales y regionales. Contó también con recursos internacionales de la OPS/OMS, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y la Agencia Internacional para el Desarrollo (Vega

Como ministro de Salud, José María Salazar Bucheli (derecha) presentó un proyecto de ley para reformar el sistema de salud colombiano, en 1972. Fotografía: informativodelguaico.com. Familia Salazar Grueso.

2010). La reforma que proponía el Ministerio abarcaba no solo la incorporación de los diferentes sectores de los servicios dentro de un todo orgánico, sino también la reestructuración de tales sectores con el fin de hacerlos más eficientes, cohesionarlos, ampliarlos, reordenarlos, jerarquizarlos y centralizarlos o descentralizarlos, de acuerdo con las necesidades y las conveniencias que se establecieran.

El proceso de reestructuración del Sistema Nacional de Salud se llevaría a cabo sobre la base de una investigación que emprendió el Ministerio del ramo tendiente a elaborar un diagnóstico sobre la situación de los servicios de salud en Colombia.

En la exposición de motivos, presentada por Salazar Buchelli al Congreso, se hacía un diagnóstico de la situación de salud del país en ese momento: «Persiste un sistema plural, conectado entre sí de forma débil y que causa la duplicidad de funciones e inversiones, determina desniveles cualitativos y cuantitativos en la atención médica y afecta la prestación armónica de servicios» (Colombia, Ministerio de Salud 1972a, 7). La concentra-

ción de médicos en las ciudades alcanzaba el 74 %. A ello se sumaba una subutilización de camas hospitalarias con un índice de ocupación media del 64,9 % de las 48 549 existentes en ese momento (Vega 2010). Todo ello finalmente significaba que el 60 % de la población no recibía atención médica en Colombia.

Pese a la urgencia por reorganizarse para mejorar la cobertura y la calidad de los servicios, los trabajadores se opusieron a la iniciativa, debido a que modificaba su situación contractual. Esta resistencia se mantuvo incluso cuando en el debate del proyecto se buscó una garantía para no sacrificar las condiciones de estabilidad de los trabajadores del sector y de las instituciones adscritas al Ministerio de Salud. La discusión no era menor. La modificación que proponía el proyecto de ley en la naturaleza jurídica de varias entidades para poder ser adscritas al Ministerio implicaba convertirlas en instituciones públicas, con lo cual sus trabajadores pasarían a ser empleados públicos y perderían muchas de las prebendas que tenían mientras permanecieron en los entes descentralizados.

La discusión se zanjó, y, pese a la oposición que había suscitado, la iniciativa fue aprobada como Ley 9 del 14 de abril de 1973. Teniendo en cuenta que las facultades extraordinarias contempladas en el proyecto duraban dos años, a partir de 1974 se comenzaron a emitir los diferentes actos administrativos tendientes a dar forma al SNS. Sin embargo, con el cambio de la administración de Misael Pastrana a la de Alfonso López Michelsen (1974-1978) se produjeron nuevas normas que modificaron parcialmente la intención de la propuesta de Salazar Buchelli. Las normas finales que permitieron la reorganización del sistema fueron el Decreto Ley 056 de 1975, que organizó el SNS definiendo su estructura y sus niveles, así como las funciones generales de cada uno de ellos; y el Decreto Ley 350 de 1975,

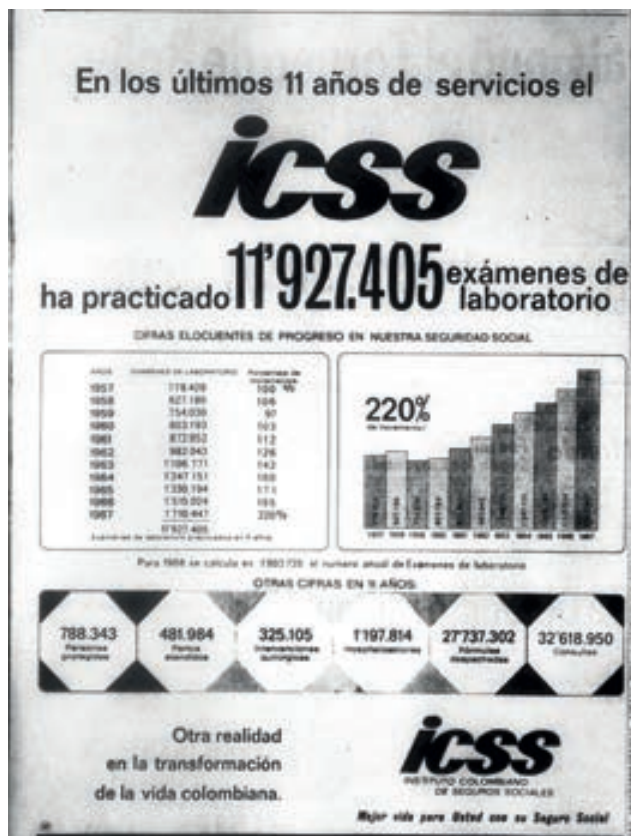
por el cual se establecieron la organización y las funciones de los servicios seccionales de salud. Dos disposiciones derivadas de esta legislación fueron muy importantes para el INC: los Decretos Ley 356 y 695 de 1975, que reglamentaban las decisiones normativas sobre el régimen de adscripción y vinculación de las entidades de salud y los organismos descentralizados del sistema, como lo era ya el instituto. A esto se sumaba el Decreto 670 de 1975 que estableció una normativa más específica sobre los establecimientos públicos adscritos al Sistema Nacional de Salud.

El nuevo SNS mantenía los subsectores de la asistencia pública, la seguridad social y la prestación privada, es decir, la fractura originaria a la que se ha aludido anteriormente en varios momentos, a pesar de que procuraba mejorar la coordinación y la integración con medidas como el Decreto Ley 526 de 1975, que establecía los subsistemas nacionales de inversión, planeación, información, suministros, personal e investigaciones que articularían los tres subsectores de manera transversal. Otras normas importantes fueron el Decreto Ley 121 de 1976, que permitió la reestructuración del Ministerio de Salud Pública; el Decreto Ley 981 de 1975, que creó la comisión que revisaba los productos farmacéuticos; así como los Decretos 2818 de 1974 y 2827 de 1975, que establecían la reglamentación sobre el impuesto de licores y la cesión del recaudo a los departamentos. Por último, debe citarse el Decreto 592 del 20 de marzo de 1976, por el cual se hacía una reglamentación sobre rifas y juegos de azar.

Junto a este intenso proceso de reglamentación, también se establecieron normas para impulsar la reestructuración del SNS, en general, y en aspectos específicos como el fortalecimiento del Fondo Nacional Hospitalario. La seguridad social, por su lado, requería una reestructuración, pese al auge que había conocido recientemente, pues enfrentaba una crisis presupuestal, laboral y asistencial. En 1971, el Ejecutivo dictó el Decreto Ley 433 del 27 de marzo, por el cual se introdujeron modificaciones sustanciales a la Ley 90 de 1946, orgánica del Instituto Colombiano de Seguros Sociales (ICSS). Al considerarlo una entidad de derecho social, se insistió en su carácter universal bajo la idea de la seguridad social como «servicio público orientado y dirigido por el Estado» (Vega 2010, 258). Dicha norma modificó, además, el carácter tripartito del financiamiento del ICSS (Estado, trabajadores y empresas), estableciendo que el aporte estatal debería equivaler a la cuarta parte del costo de las prestaciones y servicios



El Decreto 592 de 1976 reglamentó el papel del Ministerio de Salud en el control de las rifas y juegos de azar, una parte de cuyos recursos van a este sector. Fotografías: imágenes de la colección personal de Ernesto Arévalo. colecciondeloteriascolombianas.blogspot.com



Aunque la seguridad social iba en auge a finales de los años sesenta, en la década siguiente se llevaron a cabo acciones para reestructurar el ICSS, dadas las crisis asistenciales, laborales y presupuestales que sufría. Fotografía: aviso aparecido en *El Tiempo*, noviembre 18 de 1968.

de la seguridad social y no a la cuarta parte de las cotizaciones que financiaban las prestaciones. De igual modo, se extendió la cobertura del seguro obligatorio a los trabajadores independientes (urbanos o rurales) y a las familias de todos los trabajadores.

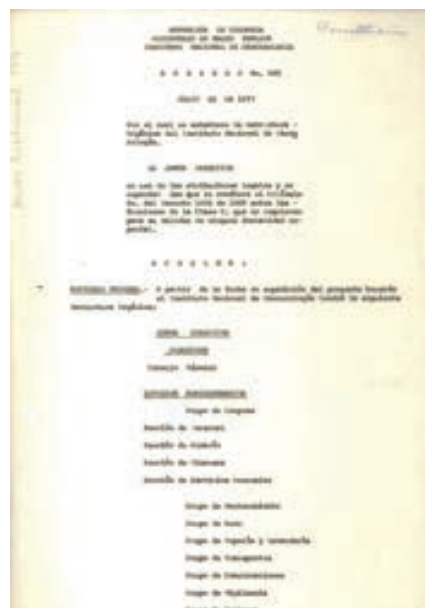
En términos financieros, una nueva norma, el Decreto 1935 de 1973, permitió la creación del Fondo de Solidaridad y Compensación, con el ánimo de emplear recursos de los aportes por invalidez, vejez y muerte en la cobertura del seguro obligatorio, habida cuenta del déficit que por estos años comenzaba a evidenciar el ICSS. Posteriormente, en 1975, se inició una ampliación de la cobertura de sus servicios, que algunos calificaron como de «carácter estable». A través del Decreto 770 del 30 de abril de este mismo año se reglamentaron los seguros de enfermedad general y maternidad sobre la base de un sistema que abría las puertas para que el INC y otras instituciones extendieran la prestación médico-asistencial a la familia del afiliado, instituyendo así un seguro médico familiar. La puesta en funcionamiento de este modelo familiar se planeó como un proceso progresivo y gradual que comenzó en algunas ciudades para llegar finalmente a cubrir todo el territorio nacional. Al final de cuentas, ya sería posible hablar de un Sistema Nacional de Salud en propiedad, que intentaba articularse y coordinarse con un modelo institucional heredado de la teoría de sistemas, pero que no solucionaba las inequidades propias de tres subsectores que cubrían las necesidades de la población dependiendo de su capacidad de pago.

En ese contexto, el Cancerológico encontró un nuevo marco normativo e institucional que lo mantenía como un ente descentralizado, pero dependiente del Ministerio, lo cual alteró su estructura interna y cambió sus funciones frente a los programas nacionales de lucha contra el cáncer. No obstante, más adelante ese marco mostró nuevamente sus limitaciones.

Para 1972, mientras se avanzaba en la reestructuración del SNS, la División Administrativa del INC contaba con una sección financiera compuesta por dos grupos: el de pagaduría y el de contabilidad. En 1974 se creó la Oficina de Presupuesto y se nombró un jefe de finanzas, quien debía garantizar el funcionamiento de la institución con recursos provenientes fundamentalmente de la nación, debido a que la mayoría de los pacientes particulares estaban clasificados como tipo E, es decir, sin capacidad de pago. En principio, el presupuesto se definía por acuerdos emitidos mes a mes y

las decisiones las tomaba el director del instituto, pero luego se trimestralizó la gestión y los acuerdos debían enviarse al Ministerio de Hacienda para su aprobación. Hay que recordar que un año atrás, en 1973, ya se había producido el Acuerdo 0045, por el cual se estableció la estructura orgánica del INC. En medio de estas iniciativas reformistas, cuando había finalizado el Frente Nacional —pero no sus impulsos y sus inercias— y ya gobernaba Alfonso López Michelsen (1974-1978), Mario Gaitán Yanguas pasó a ser el segundo al mando del nuevo ministro de Salud, Haroldo Calvo Núñez. La dirección del instituto fue asumida en octubre de 1974 por el médico especialista en patología Julio Enrique Ospina, quien estuvo en el cargo hasta 1986. Este destacado galeno se había vinculado al INC en 1967 como director del Laboratorio de Microscopía Electrónica y Biología Molecular desde donde impulsó la investigación sobre la relación entre los virus y el cáncer.

El doctor Ospina había sido residente de Patología en el Hospital San Juan de Dios y, posteriormente, de Patología Oncológica en el INC. También hizo una residencia en Patología Oncológica en el Roswell Park Memorial Institute (Búfalo, Estados Unidos), donde trabajó con William Munyon en el programa de investigación molecular del cáncer y microscopía electrónica. Allí descubrió un procedimiento de purificación y aislamiento del virus de la mononucleosis infecciosa y el herpes —en la época se pensaba que eran cancerígenos— que sirvió de base para comprobar que el cáncer no era una enfermedad viral. Sin embargo, los avatares de la Guerra de Vietnam lo separaron de esta investigación y regresó a Colombia a trabajar con el doctor Mario Gaitán Yanguas en la creación de un laboratorio de biología experimental y microscopía electrónica con énfasis en virus y ultraestructura celular de los tumores. Este laboratorio,



Arriba izquierda: primera página del Acuerdo 045 de julio 18 de 1973, el cual estableció la estructura orgánica del Instituto Nacional de Cancerología. Archivo INC.



Arriba derecha: el periódico capitalino publicó en su sección «Hace 50 años» una nota en la que resalta los hallazgos del equipo del INC, liderado por el doctor Julio Ospina, en 1969. *El Tiempo*, diciembre 9 de 2019.

Abajo: el doctor Julio Enrique Ospina asumió la dirección del instituto en octubre de 1974 y estuvo en este cargo hasta 1986. Fotografía: Archivo INC.



implementado en 1970, fue el primero de su tipo en Colombia. Cuando ya estaba en la dirección del INC, Ospina fue nombrado miembro de la Unión Internacional contra el Cáncer y él personalmente dirigió la sección de Programas Internacionales en Cáncer. Poco después fue elegido como asesor consejero en Patología Oncológica de la OMS. Con este nuevo director a bordo, a mediados de los años setenta, el instituto asumió algunos retos internos y otros de proyección nacional e internacional.

En el campo administrativo, Ospina se propuso conseguir un profesional de esta área que comprendiera que los recursos financieros que llegaban al INC no eran solo para cubrir los sueldos, sino que hacían parte de un proceso de inversión más amplio que tendría efectos importantes en la atención brindada a los pacientes que llegaban a la institución. Así mismo, abrió un espacio institucional para la actuación del sindicato de los trabajadores del INC, escuchándolo y recibiendo de manera positiva y realista sus reivindicaciones y propuestas. Ospina demostró una adecuada capacidad para adaptarse a las nuevas circunstancias sociales internas y externas, así como una comprensión de las particularidades de un hospital público destinado a enfrentar el cáncer. Este entendimiento iba más allá de la institución, pues se inscribía en el marco de la importancia de lo público en el país. Ospina afirmó años después:

El hecho de que el INC fuese una institución pública del orden nacional fue fundamental, pues de haber sido un hospital privado no habría enfrentado estos retos. En efecto, si hubiese sido privado, se habría dedicado a ganar dinero a partir de la ciencia y con toda la facilidad. Pero, al ser público había una consecuencia social en todo lo que aquí se desarrollaba, por lo que su accionar no podía estar alejado de

la realidad oncológica nacional y mundial. En ese momento el INC no era competencia para la medicina privada, que para la época establecía el paradigma médico en Colombia, hasta que empezaron a ocurrir fenómenos como el surgimiento mismo del instituto y del Plan Nacional de Cáncer. (Entrevista Ospina 2019, 2)

Precisamente, ese carácter público llevó al instituto a asumir una de las tareas más importantes de su historia reciente: ponerse a la cabeza del Plan Nacional de Lucha contra el Cáncer, propuesto en 1975. Este plan estaba financiado con «22 millones de dólares asignados por el gobierno nacional», que fueron puestos a disposición del instituto en 1978 (Lozano 1986, 89). El calado de esta iniciativa se comprende mejor si se atiende a los datos sobre la mortalidad del cáncer en el país durante aquellos años. El informe del ministro de Salud, Haroldo Calvo, al Congreso de la República para los años 1975-1976, alertaba sobre la gravedad que había alcanzado esta enfermedad: en 1975 habían fallecido 15 000 personas por tumores malignos. Justamente, para enfrentar esta situación se había creado el Plan del Cáncer¹ cuyo centro de operaciones era el instituto.

1 En el informe del Ministerio se hace referencia al programa. En otras fuentes del INC se usan indistintamente los términos *programa* y *plan*. La palabra *programa* remite a las iniciativas adelantadas en los años sesenta, que no tuvieron un gran despliegue e impacto en el país. Acá se respeta el término incluido en las fuentes consultadas, pero es claro que allí se hacía referencia al Plan Nacional de Cáncer.

EL INSTITUTO Y EL PLAN NACIONAL DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER

La formulación del Plan Nacional de Cáncer (PNC) para Colombia, en 1975, intentaba desarrollar el concepto preventivo y proponía que la toma de la citología cérvico-uterina fuera el inicio de la lucha contra la enfermedad. Pese a ello daba gran prioridad a las acciones curativas, además de otras acciones realizadas dentro de los servicios de salud, lo que constituyó la orientación predominante en el control del cáncer durante varias décadas. Ello no quiere decir que se limitara a lo curativo y que dejara de lado el propósito de ofrecer atención integral para el cáncer en los centros regionales y en los especializados, que eran pocos. Los centros regionales eran ocho (ubicados en Barranquilla, Cartagena, Medellín, Manizales, Pereira, Cali, Popayán y Bucaramanga) y estaban adecuadamente dotados para descentralizar el cuidado de los enfermos, cubriendo buena parte del país. Las zonales del PNC estaban distribuidas según lo registra la tabla 50 (página siguiente).

El plan incluía el establecimiento de un Fondo Rotatorio de Quimioterápicos, drogas que se utilizaban para el tratamiento de tumores malignos y que eran de difícil consecución en el mercado. Ese fondo debía poner a disposición de los médicos en los centros regionales del programa todos los medicamentos que se empleaban en ese momento para el tratamiento del cáncer.

Para la financiación del Plan se estableció un convenio con el Gobierno francés que contemplaba una partida de setecientos millones de pesos para la adquisición de equipos de cirugía, diagnóstico especial, medicina nuclear, radiología, radioterapia, entre otros, de los cuales se destinaría el 50 % para la dotación

del nuevo hospital proyectado por el instituto y el 50 % restante para la dotación de las diferentes regionales. De este modo, se esperaba que en diciembre de 1976 terminaran los trabajos de ampliación y remodelación de todas las instalaciones y se preveía llevar a cabo la renovación y la adición de equipos de alta tecnología médica. Se calculaba que las instalaciones le costarían al PNC trescientos millones de pesos.

La centralidad del INC en la versión original del Plan era indiscutible, pues, pese a la descentralización, el Gobierno seguía manteniendo las decisiones bajo la responsabilidad del instituto y destinaba recursos para su fortalecimiento. Todas estas iniciativas, esfuerzos y dinero para poner en acción el citado Plan iban en paralelo con el avance en otros frentes. Ese fue el caso de las labores pedagógicas en torno a la enfermedad, dirigidas al público, que incluyó la producción en 1970 de un libro que debía llegar a todos los rincones del país, denominado *101 preguntas sobre el cáncer*, gracias al trabajo de la Sección de Epide-



El instituto trabajó en la ampliación de sus instalaciones, en el marco del Plan Nacional de Cáncer. Planos de ampliación, 1972. Archivo INC.

Tabla 50. Zonales del Plan Nacional de Cáncer

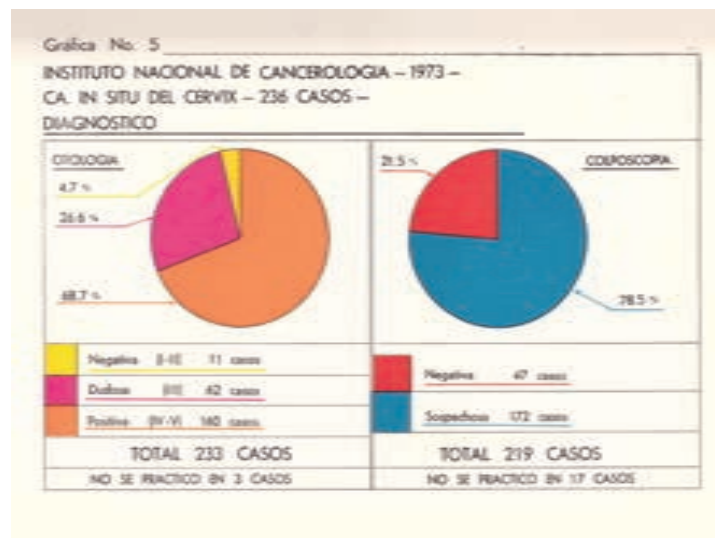
Fuente: elaboración propia, con datos de 1975.

Zonas	Capital	Sede	Región	Departamentos	Territorios nacionales, intendencias
1	Bogotá	Instituto Nacional de Cancerología	Área central y suroriental	Boyacá, Cundinamarca, Huila, Meta y Tolima	Amazonas, Caquetá, Guainía, Vaupés y Vichada
2	Bucaramanga	Hospital Universitario Ramón González Valencia	Área nororiental	Norte de Santander y Santander	Intendencia de Arauca
3	Barranquilla	Hospital Central de Barranquilla	Área norte de la costa Atlántica	Atlántico, Cesar, La Guajira y Magdalena	
4	Cartagena	Hospital Universitario de Cartagena	Área norte central de la costa Atlántica	Bolívar y Sucre	Intendencia de San Andrés y Providencia
5	Medellín	Hospital Universitario San Vicente de Paúl	Área noroccidental	Antioquia, Córdoba y Chocó	
6	Pereira, Manizales	Hospital Universitario de Caldas	Área centroccidental	Caldas, Quindío y Risaralda	
7	Cali	Hospital Universitario del Valle	Área suroccidental	Valle	
8	Popayán	Hospital Universitario San José	Área suroccidental	Cauca y Nariño	Intendencia del Putumayo

miología y Prevención y a la Liga Colombiana de Lucha contra el Cáncer. Además, la creación del Plan se respaldó en algunos personajes destacados que hacían parte del instituto o tenían relación con él. Como relata Claudia Cortés:

Para el desarrollo de este PNC se conjugaron los intereses de cuatro conocedores del tema, con trayectoria en el manejo del cáncer y quienes trataban las principales problemáticas de los pacientes con cáncer. Julio Ospina (director del INC), patólogo especializado en biología celular y microscopía electrónica, interesado en iniciar la descentralización del INC, integrar la investigación, la prevención y la detección temprana como acciones adicionales al tratamiento y rehabilitación del paciente con cáncer; Jaime Ahumada, subdirector especialista en medicina nuclear, promotor de la creación de pequeñas unidades para el manejo del cáncer posteriormente denominadas *unidades o centrales zonales* en los hospitales universitarios más importantes del país; Eduardo Gaitán Márquez, ginecoobstetra jefe de la división de epidemiología, promotor de los primeros estudios epidemiológicos acerca del Cacú que, desde 1955, se realizaron en el INC; y César Mendoza, hematólogo e investigador por excelencia, jefe de la división médica, interesado en la formación de médicos especializados en el manejo del cáncer. (2007, 71)

En la elaboración del programa y ante el imperativo internacional de controlar el cáncer de cuello uterino, se retomó el proyecto del programa de detección precoz, que en 1969 había sido elaborado por Eduardo Gaitán Márquez y Alberto Rizo Gil, considerando necesario establecer acciones específicas para



este tipo de patología, a partir de normas y procedimientos para la toma de la citología (Cortés 2007). Para ello se contemplaron acciones enfocadas en tres frentes: la tecnología, la educación y la acción sectorial.

Desde el punto de vista normativo, es posible registrar algunos antecedentes que permitieron el desarrollo del Plan y que cambiaron el rol del instituto en algunos aspectos internos. El Decreto 1456 de 1969 había establecido que el INC tendría a su cargo la lucha contra el cáncer y enfermedades afines y la Resolución 1504 del 10 de marzo de 1976, que dispuso las normas sobre el PNC, lo consagró como la entidad ejecutora del Plan y a su director como coordinador, encargándole la tarea de celebrar convenios con los servicios seccionales de salud y los respecti-

En los inicios de la década de 1970 la citología y la colposcopia eran los métodos de diagnóstico del cáncer de cérvix. *Boletín del Instituto Nacional de Cancerología*, vol. 2, n.º 5, julio-diciembre de 1973.

vos hospitales universitarios para llevarlo a cabo. Le correspondía al instituto hacer seguimiento y supervisión del PNC y su director debía estudiar y proponer la estructura administrativa requerida. Con el fin de mantener los suministros necesarios para ejecutar el Plan, el INC debía organizar un Banco Nacional de Quimioterapia y también las divisiones de mantenimiento técnico para los equipos de patología y citología dedicados a la prevención y al diagnóstico de la enfermedad. A ello se agregaban las funciones de educación y entrenamiento de los especialistas en el ámbito nacional.

La formulación del Plan Nacional de Cáncer, en 1975, intentaba desarrollar el concepto preventivo y proponía que la toma de la citología cérvico-uterina fuera el inicio de la lucha contra la enfermedad.

Sin embargo, el ordenamiento del SNS obligó a modificar las competencias del instituto dentro del Plan. En efecto, el Decreto 670 de 1975, producido en el marco de la reglamentación del SNS, adscribió al INC en este sistema y, de ese modo, el instituto quedó sujeto al régimen dispuesto por el Decreto 356 de 1975, según el cual sus planes y programas debían ser integrados a los planes nacionales, seccionales y regionales de salud. En ese contexto surgió

la Resolución 5897 del 27 de junio de 1978, que estableció normas sobre el Programa Nacional de Control de Cáncer, como también era llamado ocasionalmente. De hecho, el artículo 1.º del Decreto 356 refiere que dicho programa había sido establecido por medio de la Resolución Ministerial 1504 de 1976, donde se usaba el término *plan*, y que tendría que ejecutarse a través del SNS.

Esta resolución, además, centralizó la definición de las políticas del Programa contra el Cáncer en el Ministerio de Salud, mientras que la programación, la planeación y la evaluación del programa serían desarrolladas por un comité coordinador formado por el ministro de Salud, el director del instituto y el director de Atención Médica del Ministerio o sus delegados. Las decisiones de dicho comité serían ejecutadas por el Ministerio y el INC conjuntamente, y a este último le correspondería trazar las políticas científicas y dirigir, coordinar, supervisar y evaluar todos los aspectos científicos del programa (Colombia, Ministerio de Salud 1978). Más adelante, la Resolución 01048 del 12 de febrero de 1981 estableció la creación de algunas unidades zonales de cáncer con ubicación física y administrativa en hospitales que fueran la sede de una unidad regional y dispuso medidas sobre el Programa Nacional de Control de Cáncer. Específicamente, esta resolución creó las unidades zonales 9, en Ibagué, y 10, en Cúcuta, con las mismas funciones contempladas en las normas vigentes y le encargó al instituto, con ayuda de la Dirección de Atención Médica del Ministerio, la elaboración de protocolos para el diagnóstico y el tratamiento del cáncer que serían aplicados en el país. Esta norma también le dio la responsabilidad al INC de hacer el mantenimiento preventivo y reparativo de los equipos de las unidades zonales a través de la división correspondiente.

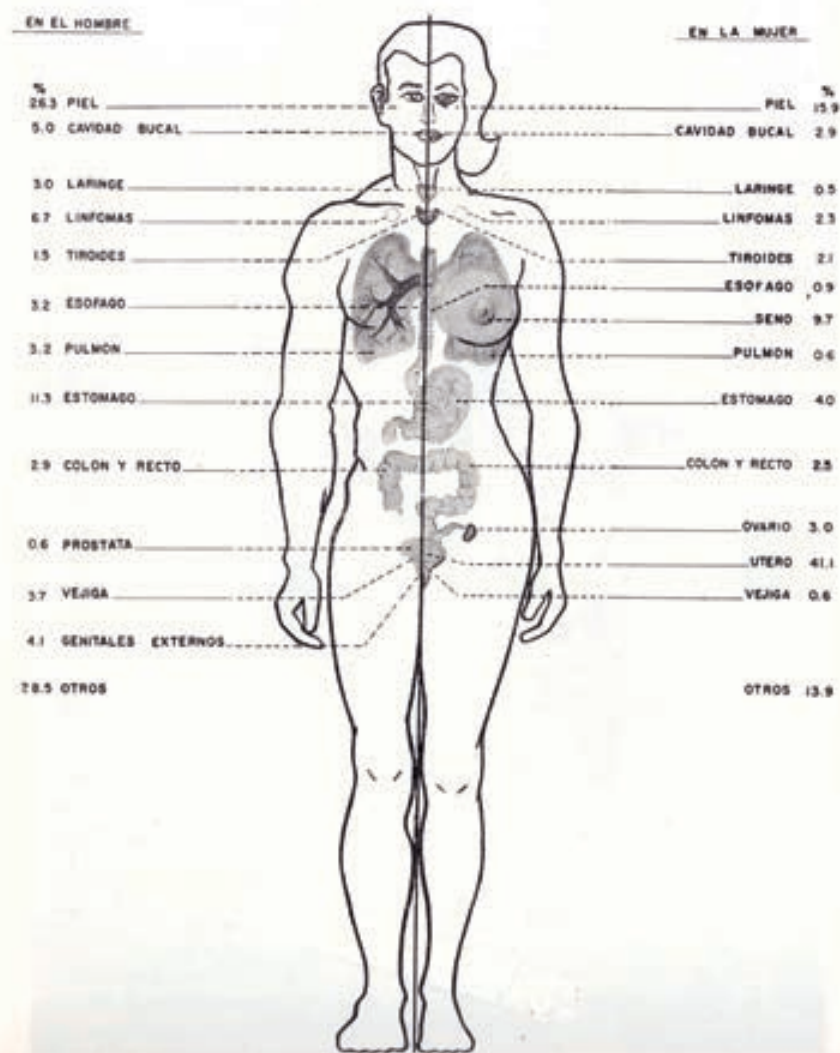
Lo cierto es que el instituto pasó de ser el encargado del Plan a ocupar su dirección científica en el marco de la centralización

a cargo del Ministerio propuesta por el SNS. En medio de estos cambios normativos y después de varias luchas y de conseguir los recursos y la dotación para la ejecución se pudo implementar en la segunda mitad de los años setenta la primera fase del Plan tras numerosas reuniones y discusiones de trabajo, siempre con el apoyo económico del Gobierno francés. Su objetivo imperdible era la creación de unidades zonales de cáncer. La primera fase se inició con ocho unidades zonales, con el propósito de que cada una trabajara en conjunto con una universidad y con hospitales universitarios, de tal forma que se pudieran compaginar la docencia y la práctica del tratamiento del cáncer. En el transcurso de los dos o tres años siguientes, se pasó de ocho a trece unidades. Lo anterior, debido a que los hospitales universitarios aspiraban a crear unidades zonales en sus regiones de influencia. Pero tal vez lo más relevante es que empezaron a formarse especialistas en oncología en las universidades asociadas a las unidades.

Bajo la dirección del doctor Ospina, la fase 1 del anhelado PNC permitió la dotación técnica y humana de las ocho zonas que tenía inicialmente el programa, gracias a financiación internacional y nacional. Con el Plan se avanzó de modo decidido en la descentralización de la asistencia oncológica en las zonales, o regionales de cáncer, con unidades en hospitales generales de tercer nivel (esto incluyó la conformación de registros hospitalarios) bajo la coordinación del INC, definido este, además, como el ente rector para el desarrollo de programas y como el centro de referencia nacional en el tratamiento de pacientes (Colombia 2006, 11).

Se calcula que en 1974 el instituto cubrió el 10 % de las personas afectadas por cáncer y que con la fase 1 del Plan Nacional, que terminó en 1985, dicha cobertura aumentó hasta llegar al

Localizaciones más frecuentes del Cáncer en Colombia REGISTRO NACIONAL DE CÁNCER



Localizaciones más frecuentes de la enfermedad,
según el Registro Nacional de Cáncer, 1973.
Boletín del Instituto Nacional de Cancerología,
vol. 2, n.º 6, enero-junio de 1974.

46 %, de modo que se proyectaba que para el año 2000 lograría abarcar el 70 % de la población enferma, es decir, cerca de 792 000 pacientes, lo que suponía un incremento del 208 % de la oferta vigente en los años ochenta (Lozano 1986, 90). Si bien Colombia contaba con las tecnologías más modernas en América Latina para lograr estas metas, en comparación con los países desarrollados el gran talón de Aquiles era la carencia de elementos tecnológicos —y quizás humanos, en el nivel de los médicos generales— para un diagnóstico precoz.

Para darle un alcance realmente nacional, el Plan delegaba funciones territoriales, pero dejaba al instituto como centro de capacitación y como coordinador de las que en ese momento eran trece zonales. Estos centros contaban con facilidades quirúrgicas y de diagnóstico, y diez de ellos tenían bombas de cobalto y equipos de radioterapia y medicina nuclear. A estos esfuerzos contribuía notablemente el personal femenino formado en la escuela de citotecnología, así como el equipo entrenado en la escuela de radiotecnología del instituto, única en el país. El Plan fue fundamental también para el adiestramiento de radioterapeutas y oncólogos clínicos en el INC, provenientes de las regiones, quienes al terminar sus estudios debían regresar e incorporarse a los centros zonales. Por esta misma época también se ampliaron las subespecialidades de los médicos que se formaban y se vinculaban al INC.

Para la fase 2 del Plan se esperaba, aparte de la ampliación de la cobertura de atención y de la modernización de la tecnología para los tratamientos, combatir el mal desde su raíz, es decir, trabajar en la prevención, la detección precoz y la evaluación, pues según datos del mismo INC el 50 % de los tumores en Colombia —como los de cuello uterino, seno y piel— eran de fácil detección, de modo que con una gran campaña de educación en

el diagnóstico precoz se podrían lograr muy buenos resultados. Esta fase 2 se inició hacia 1983 con la introducción al país de los aceleradores de voltaje, de electrones y de fotones, pues ya en ese momento los cobaltos estaban entrando en desuso. Todas las unidades zonales estaban dotadas con la última tecnología oncológica, y ello implicó un importante avance tecnológico, científico, médico y social. Además, se excluyó de este proyecto cualquier posibilidad de que los enfermos solamente fueran tratados si poseían un nivel socioeconómico elevado. El INC llegó a la gente enferma de las regiones y evitó que los pacientes se desplazaran a Bogotá desde el Putumayo o Nariño, por ejemplo, a tratarse con cobaltos que no servían. Ese fue un logro importante, no exento de desgastes y conflictos, que también contribuyó al fortalecimiento de un equipo humano y técnico en la sede del instituto, pero con ramificaciones nacionales, así fuesen incipientes. En efecto, para 1978 muchos de los equipos básicos ya estaban instalados y en funcionamiento en los hospitales universitarios de las regiones, mientras que otros que se necesitaban estaban en proceso de importación.

La última etapa del PNC fue la de su internacionalización. La UICC tomó este programa como modelo para naciones en desarrollo, y en ese momento el INC comenzó a enviar misiones a otros destinos. Fue un reconocimiento mundial para un país relativamente pequeño y con recursos escasos como lo era Colombia. Hacia el interior, el Plan logró que las instituciones pediátricas comenzaran a pensar en tratar seriamente el cáncer en los niños, gracias a la influencia del instituto y también al apoyo de la OMS y de la UICC.

El PNC se actualizó a mediados de los años ochenta, cuando mediante el Acuerdo 003 del 11 de enero de 1985 se adoptó «en su totalidad el Plan Nacional del Control de Cáncer, periodo

1984-1986». En esta nueva versión se detallaron las acciones que se consideraron necesarias para el control de la enfermedad y se designó al INC como organismo encargado de la planeación y ejecución de dichas acciones. Esto significaba un giro importante de los programas centrados en el tamizaje y el tratamiento, a partir de entonces orientados más hacia la prevención y el diagnóstico temprano, sin perjuicio de los planes convencionales de tratamiento.

Pese al incumplimiento de algunas disposiciones ministeriales, a la pobre participación comunitaria en su gestión y a que el funcionamiento del PNC solo alcanzó un 50 % de sus posibilidades, según análisis de la dirección del INC de 1983, su aporte fue innegable para el país (Cortés 2007, 98). Como afirma Julio Ospina, el Plan tuvo efectos fundamentales en la vida de los pacientes, pues fue el primer escalón hacia la democratización del tratamiento de esta compleja enfermedad. A raíz del Plan, los pacientes exigían una forma de funcionamiento que les garantizara el acceso al tratamiento sin necesidad de con-



tar con enormes recursos económicos y en ello desempeñó un papel fundamental el voluntariado nacional de cancerología. El instituto aprovechó la existencia de ese voluntariado y con su ayuda se empezaron a crear ligas que se extendieron a lo largo y ancho de Colombia. Incluso estas formas de voluntariado y de lucha contra el cáncer son producto de la lucha social del INC, cuyo objetivo era «hacerles entender a los médicos que no eran dioses y que la salud debía llegar hasta el último rincón del país y hasta la persona más pobre. Que la salud debía ser universal. Que la práctica privada no es un pecado, pero que su aprovechamiento en exceso es un crimen» (Entrevista a Ospina 2019, 3).

Arriba: el Plan Nacional de Cáncer logró que las instituciones pediátricas, por influencia del trabajo que realizaba el instituto con este grupo de pacientes, empezaran a tratar la enfermedad en los niños. Fotografía: damas voluntarias atendiendo en la sala pediátrica del instituto. Fotografía: Archivo INC.

Abajo: en la década de los años ochenta los aceleradores de voltaje, de electrones y fotones empezaron a reemplazar los tratamientos con cobaltoterapia. Fotografía: Archivo INC.



DINÁMICAS ADMINISTRATIVAS AL FINAL DE LOS AÑOS SETENTA

En la primera mitad de los años setenta, el mundo fue testigo de la agudización del conflicto árabe-israelí por cuenta de la guerra del Yom Kipur entre una coalición conformada por Siria y Egipto contra Israel, conflicto que continuaba episodios bélicos desarrollados en las décadas anteriores en medio de la situación global que dejó la Segunda Guerra Mundial. Las consecuencias de esta confrontación en el Medio Oriente no se hicieron esperar y afectaron la economía petrolera mundial, debido a la suspensión de las exportaciones de petróleo por parte de los países árabes de la OPEP (Organización de los Países Exportadores de Petróleo) hacia aquellas naciones que habían apoyado a Israel en esta guerra, como los Estados Unidos e Inglaterra. Los precios del oro negro se elevaron notablemente, en un con-

texto de gran dependencia de los hidrocarburos, lo que generó en la segunda mitad de la década fenómenos económicos inflacionarios y de crisis en la economía global con consecuencias humanas de enorme gravedad. La crisis del petróleo, que afectó al capitalismo de aquellos años, tuvo su contraparte con los primeros síntomas de fractura del bloque socialista, mientras que los países escandinavos se afirmaban en sus modelos socialdemócratas de bienestar, logrando una gran estabilidad y poniendo a andar sistemas de salud universalistas.

A estas realidades se sumaba la continuidad de la confrontación entre las superpotencias de un mundo bipolar y diversas expresiones de fundamentalismos religiosos, procesos revolucionarios *sui géneris* y la permanencia de algunos regímenes totalitarios, como el de los jemereros rojos en Camboya. Este mundo inestable en la política y la economía se enfrentaba también a los ecos de las revoluciones culturales y estudiantiles que se habían ini-



Soldados israelíes se enfrentan a los egipcios de As-Saeqa durante la batalla de Ismailia, en el marco de la guerra de Yom Kipur, en los años setenta. Fotografía: Haramati, 1973. Wikimedia Commons.



La década de los años setenta todavía recibía los ecos de movimientos estudiantiles tan emblemáticos como los iniciados en mayo de 1968 en Francia. Fotografía: AFP.



ciado en mayo de 1968 en Francia y que habían tenido su expresión en América Latina con ocasión de la masacre de Tlatelolco. La amenaza de nuevas drogas, como la heroína, espoleaba economías ilegales y modelos de consumo adictivos y complejos. La tecnología seguía revolucionando el mundo con la emergencia de los microprocesadores, los computadores y las calculadoras de grandes capacidades. Estos artefactos, en particular, alimentaron, de la mano del desarrollo farmacológico, el arsenal diagnóstico y terapéutico para enfrentar el cáncer en el mundo. De nuevo, mostraron su rostro las desigualdades entre países centrales y periféricos y entre ricos y pobres en el interior de las naciones.

La agitación de los años setenta se expresó de manera especial en América Latina. En la segunda mitad de la década se fue consolidando la dictadura de Augusto Pinochet en Chile, que abrió muy temprano las puertas del sector de la salud a las lógicas del mercado, esbozando lo que luego se consolidó como un

La masacre de Tlatelolco fue la respuesta a la emancipación de estudiantes en México, quienes exigían reformas por parte del Estado. Fotografía: Manifestación estudiantil, 13 de agosto de 1968, Marcel-Í Perelló, Wikimedia Commons.



modelo neoliberal en este campo. En 1976 comenzó la dictadura en Argentina, con Videla a la cabeza, plena de horrores que fueron registrados por el cine y las canciones populares; también se iniciaba una revolución en Nicaragua, que tomó un camino muy distinto al de otros procesos de la región. En Colombia, el Gobierno de Alfonso López Michelsen, que abrió las puertas al neoliberalismo, debió enfrentar una escalada de movilizaciones y de protestas sociales que tuvo como punto nodal el paro cívico de 1977, que dejó, según algunas fuentes, decenas de muertos.

Los conflictos laborales al interior del ICSS, producto de las reformas propuestas por la ministra de Trabajo del Gobierno de López Michelsen, María Elena de Crovo, y las movilizaciones de estudiantes y médicos en la defensa del carácter público del Hospital San Juan de Dios derivaron en movimientos huelguísticos de carácter nacional que contribuyeron a crear el clima político y de protesta que desembocó en el paro cívico mencio-

Alfonso López Michelsen, presidente de Colombia entre 1974 y 1978.

En la fotografía (centro) aparece junto con Virgilio Vargas Pino y Jaime Sierra García, en su época de militancia en el MRL. Fotografía: Fábrica de antigüedades. Creative Commons.



Arriba: el ICSS pasaba por una crisis debido a la desavenencia entre los directivos del mismo y los trabajadores sindicalizados, quienes estaban en desacuerdo con reformas que consideraban lesivas para sus intereses. *El Tiempo*, 21 de marzo de 1976.

Abajo: en los años setenta, el director del INC, doctor Julio Ospina, constituyó un conjunto de comités para asesorar y apoyar los programas del instituto. Fotografía: equipo que acompañó al director del instituto en 1976. Fotografía: Archivo INC.

nado. El fuerte compromiso de los médicos —expresado en cese de actividades y protestas callejeras— y del movimiento estudiantil se proyectó en el tiempo en formas menos radicales y más sostenidas en la búsqueda de reformas profundas del sector de la salud y, necesariamente, al interior de los hospitales y otras instituciones.

El Gobierno de López Michelsen también enfrentó una crisis de insuficiencia petrolera que supuso el retorno de la importación de crudo y, además, el ascenso del conflicto armado producto de la expansión de las guerrillas de las FARC, el ELN y el EPL.

Su sucesor en la presidencia de la República, Julio César Turbay Ayala (1978-1982) enfrentó la compleja situación heredada de López Michelsen mediante la adopción del Estatuto de Seguridad Nacional, fórmula que derivó a la postre en la violación de los derechos humanos de muchos colombianos. La inequidad era evidente y el malestar social apenas su síntoma, pero se expresaba de manera diversa y sostenida, no siempre por las vías constitucionales.

Dentro de estas tensiones y conflictividades, el INC seguía su marcha. La más reciente organización, la instalación de modernos equipos importados y las obras de remodelación de la infraestructura a la que se añadían nuevos espacios y edificaciones concentraron buena parte de la gestión durante estos años. Otros esfuerzos estuvieron dirigidos al mejoramiento de la dinámica asistencial, que alcanzó un notorio desarrollo gracias a un conjunto de comités constituidos por la dirección para asesorar y apoyar de forma permanente los diferentes programas que se adelantaban en ese momento: el del Programa Nacional del Cáncer, el de Supervisión de Atención Mé-



dica, el de Educación, el de Trabajos Científicos, el Médico, el de Seguridad y el Editorial, que desarrollaba las publicaciones.

Los conflictos laborales al interior del ICSS y las movilizaciones de estudiantes y médicos en la defensa del carácter público del Hospital San Juan de Dios derivaron en huelgas nacionales.

Es importante recordar que en 1975 se había constituido el Comité de Organización de Bienestar para Empleados del Sector Salud (Obess-INC), que contribuyó a garantizar el desarrollo de unas adecuadas condiciones para los trabajadores y su entorno laboral, así como a velar por el cumplimiento de sus derechos. Este comité, que adquirió en la práctica el rango de una oficina, asumió tres áreas de trabajo fundamentales: una de actualización educativa, en la que se puso en marcha un programa de nivelación de primaria para veintidós empleados y cuatro familiares de funcionarios, y se promovió la validación del bachillerato de treinta y seis empleados. Se incluía en esta área educativa el otorgamiento de dieciséis becas para que algunos trabajadores adelantaran estudios por fuera del instituto, además de veinte becas más para hijos de empleados. La segunda área desarrollada fue la de la salud. Allí se proveyeron carnés de afiliación a la Caja Nacional de Previsión para los cónyuges e hijos de los

empleados, se orientó a los trabajadores sobre los servicios médicos y odontológicos prestados por esta oficina y se elaboró un listado para exámenes de laboratorio y citologías para las empleadas, aplicando el principio de que el «ejemplo comienza por casa». La tercera área de trabajo fue la cultural y recreativa, con la cual se organizaron programas diversos durante el año, involucrando también a las familias de los empleados.

En términos administrativos, el instituto vivió una transformación muy significativa en los años setenta: pasó de una concepción que se limitaba al tema del pago de salarios y la compra de insumos a un concepto moderno de administración hospitalaria, entendida como una disciplina autónoma y dotada de la especificidad propia de las instituciones del campo de la salud. Este cambio de paradigma, que quedó documentado en el informe de 1979, permitió dirigir los rumbos de esta área de otro modo:

Entendida la administración hospitalaria como una disciplina autónoma ya que su campo de acción, sus objetivos y su práctica le dan cierta independencia y por lo tanto unidad, aunque debe reconocerse que tiene afinidad y es influida en alto grado por otras ramas del saber: administración general, medicina social, salud pública, sociología, economía, antropología, derecho, electrónica, ingeniería, arquitectura y otras materias tanto en el ramo científico como humanístico, se puede decir que administrar es conducir o guiar a seres humanos a objetivos predeterminados, siendo el administrador hospitalario el responsable de la reunión y conjugación adecuada de los recursos humanos, materiales y económicos para lograr una meta, la óptima atención del paciente con cáncer. (AINC 1980, f. 25)



El hospital universitario San Vicente de Paúl, de Medellín, era uno de los centros asistenciales que tenía convenios con el INC a finales de la década de los años setenta. Fotografía: Alejandro Rojas, Wikimedia Commons, 2006.

Esta nueva visión suponía que la labor del administrador hospitalario debía orientarse a prestar servicios oportunos al menor costo y con la mejor calidad posible, considerando al paciente como una persona, integrante de una familia y componente de la sociedad colombiana en toda su extensión y complejidad. Para lograrlo, se requería que las actividades y funciones de las dependencias se racionalizaran y que se proveyeran servicios asistenciales, de educación e investigación con eficiencia, economía y, ojalá, plena satisfacción.

Con esta visión en mente, la administración logró en 1979 manejar 45 contratos, lo que suponía un aumento del 204,5% respecto al año anterior y revelaba la necesidad de constituir una oficina jurídica para que se hiciera cargo de esta función. Además, se hicieron convenios con los servicios seccionales de salud de Santander, Atlántico, Cauca, Valle, Risaralda, Bolívar y Antioquia, así como con los hospitales Ramón González Valencia de Bucaramanga y los universitarios de Barranquilla, San José de Popayán, del Valle, San Jorge de Pereira, de Cartagena y San Vicente de Paúl de Medellín. A la administración le correspondió facturar 11 510 116 pesos por conceptos médicos y hospitalarios de servicios prestados a las instituciones de seguridad social, lo que significó un aumento del 46,6% respecto a 1978. El incremento en el cobro de deudas y la instalación de servicios de reprografía y fotocopiado completaron los avances administrativos.

En los años setenta, el funcionamiento del instituto dependía de abastecer algunos productos indispensables para cumplir la labor asistencial. En 1974, la compra de medicamentos como la penicilina cristalina de un millón de unidades suponía un costo de 27 000 pesos por 10 000 ampollas suministradas por Laboratorios Glaxo de Colombia. Los anestésicos Ethrane y Rubilexin y el medicamento quimioterápico Tiotepa se compraban a laboratorios como Abbott, Travenol y Cyanamid de Colombia por valores cercanos a los 60 000 pesos (100 frascos aproximadamente), y los radioisótopos se encargaban a la empresa Mallinckrodt Chemical Works por 11 800 pesos. El INC invertía, además, en la compra de películas científicas para la docencia a la Sociedad Americana contra el Cáncer, por cerca de 900 dólares de la época (AINC 1974, f. 2). Estas compras debían hacerse a partir de un presupuesto deficitario, por lo que el instituto se veía obligado a demandar constantes adiciones. Para 1979, los montos aprobados por medio de la Ley 34 del 4 de diciembre de 1978 fueron de 129 830 000 pesos, una cuantía insufi-



El INC invertía en la compra de películas científicas como apoyo a sus labores de docencia. Elementos de museología, INC.

ciente para las necesidades del momento, por lo que fue preciso solicitar una adición de 34 602 187 pesos en el transcurso del año contable de 1979 (AINC 1980, f. 26). Como ocurría desde su creación, el INC mantenía al final de los años setenta una estructura de financiamiento apoyada en el presupuesto nacional y con unas rentas propias pequeñas, como se muestra en la tabla 51.

Tabla 51. Proporción de ingresos del instituto entre aportes del presupuesto nacional y rentas propias para 1979

Rubro	Total	Porcentaje
Aportes presupuesto nacional	142 100 000	86,4
Rentas propias	22 332 187	13,6
Venta de servicios	16 330 000	73,1
Aportes servicio de salud de Bogotá	4 600 000	20,6
Recursos financieros	1 402 187	6,3

Fuente: Informe de labores del INC de 1979.

El estado de pérdidas y ganancias del instituto revelaba para 1979 un superávit bruto de 21 178 000 pesos, es decir, que pese a los recortes y al retardo en el giro de los recursos, e incluso teniendo en cuenta el aumento del costo de vida y la inflación del 28,8% que vivía el país, según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística, su ejercicio presupuestal era adecuado, aunque en el rubro de gastos generales quedaran pendientes pagos por mantenimiento, compras de equipos, materiales y suministros (AINC 1980, f. 28).

LA VIDA ASISTENCIAL AL FINAL DE LOS AÑOS SETENTA

En contraste con la década anterior, en los años setenta la atención se fue depurando, al centrarse los esfuerzos solo en aquellos pacientes que efectivamente hubieran sido diagnosticados con cáncer. Por ello se implementó la política de no abrir historias clínicas a los que acudían al instituto si no habían sido remitidos por presentar tumores malignos o enfermedad precancerosa; sin embargo, no se excluían aquellas personas que en el momento de la admisión presentaban condiciones necesarias para iniciar o continuar un estudio diagnóstico y, si este era positivo, emprender el respectivo tratamiento. De este modo, de 11 524 solicitudes de atención hechas en 1979 llegaron a la consulta de admisión 8790, es decir, el 76 %, divididos entre quienes llegaron por remisión (4408) y quienes llegaron por iniciativa propia (4382). En total se abrieron historias clínicas a 5334 pacientes, mientras que los otros 3456 fueron remitidos a hospitales generales. De los pacientes a los que se les abrió historia 2587 (48,5 %) fueron diagnosticados con cáncer (AINC 1980, f. 5).

Resulta significativa la manera como se canalizaban los casos que llegaban al instituto a través de las remisiones en el marco del SNS. La mayoría de estas remisiones (2127) provino de las instituciones de beneficencia y los hospitales, centros y puestos de salud. A estas les siguieron muy de cerca las efectuadas por médicos particulares (2010) y un número mucho menor por parte de los organismos de seguridad social (271). A pesar de la variación de los números por año e incluso por década, estos datos sincrónicos y puntuales dan una idea aproximada sobre el papel de las instituciones públicas, la medicina privada y el lugar de la seguridad social como puerta de entrada de estos pacientes al SNS y al INC.

El mayor esfuerzo por depurar la atención centrándola en quienes realmente la necesitaban se reveló en el número de pacientes a quienes se les constató el diagnóstico de cáncer o de lesiones premalignas y que fueron remitidos por los tres tipos de instituciones mencionadas. Así, de 1500 provenientes de las instituciones de beneficencia, el 70,5 % fue diagnosticado con cáncer. De las remisiones provenientes de la seguridad social, el 53 % estaba afectado por la enfermedad, y de los remitidos por médicos particulares lo estaba el 38 %. Finalmente, de quienes solicitaron servicios por iniciativa propia, el porcentaje de los cancerosos apenas alcanzó a llegar al 4 %. Detrás de estos datos emergen las dificultades que podrían tener los médicos del país para la detección temprana de esta enfermedad, así como el desconocimiento del público —y quizás de las instituciones y del personal de salud— sobre el funcionamiento del instituto, por lo que el director Ospina consideró que era necesario fortalecer la difusión dirigida al cuerpo médico nacional y al sector de la salud en general, buscando evitar el envío innecesario de pacientes al INC, sin duda alguna el hospital de más alta tecnología y del más calificado recurso humano en su campo (AINC 1980).

Los criterios de clasificación socioeconómica de los atendidos en el instituto sufrieron un cambio importante hacia finales de los años setenta. La categoría A, conformada por los pacientes privados que asumían la tarifa completa, incluía ahora a los de las instituciones de seguridad social, antes incorporados en el grupo B. Lo que no cambió fue el peso de aquellos sin capacidad de pago, de categoría E, que constituían el 89 % de los atendidos en los servicios de cirugía, radioterapia y quimioterapia. Solamente el 11 % de los atendidos (unos 600 pacientes) produjo algunos ingresos provenientes de las cajas de seguridad social, con las cuales el INC había establecido contratos previos de atención (tabla 52).



Tabla 52. Clasificación socioeconómica de los pacientes atendidos en 1979

Categoría	Número de pacientes	Porcentaje
A	326	6,1
B	19	0,3
C	82	1,5
D	173	3,2
E	4734	88,9
Total	5334	100

Equipo de médicos del instituto en 1978, liderado por el doctor Julio Ospina. Fotografía: Archivo INC.

Fuente de la tabla: Informe de labores del INC de 1979.

Durante 1979, el instituto llevó a cabo 66 338 consultas médicas con una tasa diaria de 275 y con un promedio de 3,8 consultas por cada paciente en el año. La alta demanda de atención de mujeres con cáncer de origen ginecológico continuaba siendo un problema importante y para enfrentarlo se propuso agilizar su atención a fin de evitar demoras en su tratamiento, en especial de aquellas provenientes de otras regiones del país.

A futuro se esperaba que el proceso de descentralización del Plan Nacional de Lucha contra el Cáncer permitiera mejorar la accesibilidad territorial en los hospitales universitarios involucrados y se evitara de esta manera el traslado de muchas mujeres —y de pacientes, en general— a Bogotá. La atención en consulta médica en 1979 por especialidad revela la preponderancia del cáncer de origen ginecológico, en especial el de cuello uterino, seguido por el de seno y de cabeza y cuello, como se refleja en la tabla 53, que incluye las siete primeras especialidades.

Tabla 53. Consulta en las siete primeras especialidades del instituto en 1979

Especialidad	Cáncer y precáncer	%	Benignas	%	Total
Ginecología	7360	72,8	2752	27,2	10 112
Seno	4160	74,2	1446	25,8	5606
Cabeza y cuello	2130	53,3	1870	46,7	4000
Urología	2470	71,1	1004	28,9	3474
Gastroenterología	2130	62,3	1290	37,7	3420
Endocrinología	600	17,7	2791	82,3	3391
Dermatología	2010	72,3	769	27,7	2779

El número de casos nuevos de cáncer en 1979, de acuerdo con el sistema orgánico afectado, se detalla en la tabla 54.



Fuente de las tablas 53 y 54:
Informe de labores del INC de 1979.



El instituto impartía cursos sobre el diagnóstico precoz de cáncer de cuello uterino en un momento en el que este seguía en aumento en el país. Fotografía: Archivo INC.

Tabla 54. Distribución de cáncer por sistemas en 1979

Sistema afectado	Total	Porcentaje
Genital femenino	919	31,5
Piel y tejido celular subcutáneo	557	19,1
Vías digestivas y anexos	451	15,4
Glándula mamaria	286	9,8
Ganglionar	129	4,4
Hematopoyético	90	3,1
Primario desconocido	90	3,1
Respiratorio	89	3,0
Genital masculino	84	2,9
Endocrino	60	2,0
Tejidos blandos	47	1,5
Urinario	44	1,5
Óseo	31	1,0
Ojo	26	0,9
Nervioso	20	0,7
Total	2923	100

Con base en los datos descriptivos disponibles, que no permiten una conclusión estadística científica, pero sí una aproximación, la tasa de mortalidad hospitalaria general en 1979 en el INC era del 7,1%, en tanto que la distribución de la mortalidad hospitalaria reportada según el sistema orgánico afectado seguía ubicando al cáncer de origen genital femenino en el primer lugar (AINC 1980, f. 14). Es interesante resaltar que a partir de estos años se incluyó en el instituto la consulta de psiquiatría, considerada necesaria para brindar una atención más integral, por la cual pasaron 36 pacientes en 1979. También para esta época estaban habilitados modernos equipos de diagnóstico y terapéutica en las consultas de rehabilitación y del ámbito vascular periférico, lo cual permitía una mejor recuperación.

En materia de tratamientos, ese mismo año se practicaron 1635 cirugías, de las cuales el 69,3% fueron mayores, con tra-

tamiento de lesiones tumorales malignas. Las especialidades quirúrgicas con más pacientes fueron ginecología, cabeza y cuello y seno, que sumaron el 58% del total. Solo el 27% de las intervenciones programadas fueron canceladas debido a deficiencias en los equipos de esterilización o falta de camas; no obstante, dichos aspectos se solucionaron con las nuevas instalaciones dentro de las cuales se incluyó una oficina de admisión para agilizar los trámites de hospitalización.

Según los datos de egresos de 1979, la mayor parte de los tratamientos recibidos en el instituto correspondieron a cirugías (1234), es decir, el 52,7% del total de los 2342 hospitalizados. 594 de los pacientes internados (25%) recibió radioterapia y cerca de 263 (11%) quimioterapia. El resto obtuvo tratamientos combinados. Del total de personas tratadas, 2013 (86 %) correspondían a la clase menos favorecida.



La atención de la población femenina afectada por el cáncer es una preocupación constante del instituto. Fotografía: Archivo INC.



Aunque la cirugía seguía siendo en 1979 el tratamiento de mayor uso, la quimioterapia empezaba a tener relevancia en el instituto. En la imagen se observa a un paciente durante el tratamiento, rodeado de las Damas Voluntarias. Fotografía: Archivo INC.

Finalmente, en términos de servicios diagnósticos auxiliares, el instituto garantizó la realización de más de 60 000 exámenes para el estudio integral de los pacientes, 2110 transfusiones de sangre, 9269 exámenes de radiología, 8572 biopsias y especímenes quirúrgicos (con un promedio de 35,6 diarios) y 12 662 citologías (con un promedio diario de 52,5). En el laboratorio de medicina nuclear se efectuaron 5073 procedimientos divididos en 5654 diagnósticos y 49 terapéuticos, y se prestó atención a 1109 personas enviadas por entidades de la seguridad social, lo cual se traducía en ingresos para el INC.

Este conjunto de procedimientos, consultas y hospitalizaciones se llevaron a cabo en el nuevo edificio del instituto, lo que ofreció mayor funcionalidad y comodidad a los pacientes, al estar organizado en cinco secciones. De acuerdo con los índices de ocupación, el servicio de cirugía de mujeres fue el de menor uso (78,4 %) y pediatría el que más se utilizó (90,7 %). El porcentaje general para todos los servicios fue del 82,7 %, lo que se ubicaba dentro del rango óptimo para los hospitales colombianos durante aquellos años. La estancia media para adultos fue de 14,1 días, y para niños, de 33,7, con un promedio general de 15,2 días.

En estos años la Sección de Asistencia Social había incrementado su acción, proyectándose a la comunidad y a las familias de las personas atendidas. En 1979 dicha sección llevó a cabo 33 597 entrevistas: 27 637 a pacientes ambulatorios; 5527 a hospitalizados, y 433 en el marco de visitas domiciliarias. Todo ello como parte del Programa de Seguimiento a Pacientes que buscaba evaluar las terapias y sus resultados, complementado con el apoyo psicológico que se constituía, cada vez más, en parte fundamental de la atención integral de los cancerosos. De la mano de la Sección de Asistencia Social, las damas voluntarias



continuaban respaldando, con su atención oportuna, un albergue que ya contaba con 36 camas para brindar estadía con alimentación y cuidados de enfermería a los pacientes que acudían desde otras regiones para recibir tratamientos ambulatorios.

Sobre la base de informes anuales tan completos y exhaustivos como el que se ha utilizado para sustentar este apartado, es posible afirmar que hacia 1980 el INC mostraba una solidez importante en todos sus frentes y estaba estructurado para obtener resultados de mayor alcance, pese a las restricciones de diferente tipo que afectaban al sector de la salud en el país y a los problemas presupuestales, que nunca faltaban. Adicionalmente, se puede captar la magnitud de la tarea social que cumplía esta institución que se afirmaba como un legado nacional.

El nuevo edificio del instituto representó para sus pacientes mayor funcionalidad y comodidad. Fotografía: Archivo INC.

INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA
SECCION DE DOCENCIA
HOJA DE EVALUACION Y EDUCACION DE RESIDENTES

SECCION CARRERA Y CURSILLO
 CALIFICACION DE PABLO NUNEZ CRONO

NOMBRE _____ POSICION ACADÉMICA R/ HOSP/ MILITAR _____
 FECHA DE CALIFICACION JULIO 1978

CALIFICACIONES

AREAS	1	2	3	4	5
1.- HABILIDADES					
a.) Manejo de la Historia Clínica.			X		
b.) Criterio clínico y Terapéutico destreza intelectual frente al paciente.				X	
c.) Habilidades manuales específicas.				X	
d.) Capacidad para enseñar				X	
e.) Actividades Especiales.				X	
f.) Trabajos de Investigación.				X	
2.- AFECTIVA					
a.- Sentido de Responsabilidad				X	
b.- Relaciones humanas				X	
c.- Trabajo en equipo			X		
Sub-total ()					
3.- CONOCIMIENTOS					
PRUEBA DE CONOCIMIENTOS:					
OBSERVACIONES:					
Buenos conocimientos en el campo odontológico y en cirugía oral, adquiridos en el Hospital Militar. En Medicina muy falto en conocimientos generales y en la aplicación de los mismos al campo de cirugía maxilofacial.					
Regular aprovechamiento de su rotación.					
NOTA.- Esta hoja debe ser devuelta a la Sección de Docencia, una vez llena, exceptuando sub-totales y total, que serán elaborados en ésta Sección.					
 Jefe de la Sección.					

El instituto hacía un seguimiento riguroso a los médicos residentes que rotaban en la entidad. Archivo INC.

DOCENCIA E INVESTIGACIÓN AL FINAL DE LA DÉCADA DE LOS SETENTA

En 1978, el INC contaba con programas de especialización para médicos en cirugía general, medicina interna, medicina nuclear, patología y radioterapia. Para el nivel posdoctoral estaban los programas de un año de duración denominados *especialista en entrenamiento*, en diferentes áreas. Hasta ese momento, los únicos programas de posgrado en educación médica oncológica que se desarrollaban en el país eran los de radioterapia y los de «entrenamiento», en el INC, de los cuales solo el primero estaba aprobado por Ascofame (AINC 1978). Justamente, con el ánimo de reforzar la labor docente, en 1978 el instituto presentó los programas de formación en Oncología Médica y Oncología Quirúrgica para ser aprobados por Ascofame y dictados por la Pontificia Universidad Javeriana.

El 14 de mayo de 1978, el director del instituto, Julio Enrique Ospina, se reunió con el decano de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Javeriana para establecer estos programas de formación de posgrado, le presentó un proyecto preliminar, que fue aprobado, e inició el trámite respectivo en el Consejo Superior de Especialidades Médicas de Ascofame. Se trataba de un paso indispensable para abrir los programas de Oncología Quirúrgica y de Oncología Clínica como complementarios a los estudios de Cirugía General y de Medicina Interna, respectivamente. Los requisitos para aspirar a estos programas de especialización en oncología incluían ser médico cirujano, menor de 35 años y estar autorizado por el Gobierno colombiano para ejercer la profesión; además, ser especialista certificado por Ascofame, poseer altas cualidades morales, sentido de responsabilidad e interés por trabajar como onco-

logo y, finalmente, hacer llegar las calificaciones obtenidas en los estudios universitarios y de especialización. Cumplidos los anteriores requisitos y evaluado el currículo del aspirante, una entrevista final definía su admisión al programa.

La duración del programa de Cirugía Oncológica era de dos años e incluía formación en cirugía general y de seno, de cabeza y cuello, radioterapia, quimioterapia y hematología, gastroenterología y endoscopia, ginecología, cirugía de tórax y rotaciones opcionales que se podían hacer en Medios Diagnósticos o en Medicina Interna. El programa de Oncología Clínica también tenía una duración de dos años e incluía rotaciones en hematología, quimioterapia, radioterapia, cirugía general, cirugía de cabeza y cuello, gastroenterología y endoscopia, ginecología y dos más opcionales que serían cumplidas dentro de los mismos parámetros de las que exigía el programa de Cirugía Oncológica. Después de aprobado el programa, en 1982 recibieron su título los doctores Fausto Ávila, Álvaro Caicedo, Ángel Cárdenas, Elvira Castro de Pabón, Santiago Escandón, Rafael Gutiérrez, Ismael Hernández, Gilberto Martínez, Greti Terselich Zorko y Hernán Uribe.

Antes de terminar la década de los setenta, en 1978, el médico Jaime Ahumada presentó al Comité de Educación Médica el primer programa de especialización del INC, denominado Medicina Nuclear, aprobado por el Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación Superior con el aval de la Universidad Javeriana. En los años siguientes, el instituto intentó obtener de esta universidad un aval para las dieciséis especializaciones oncológicas que existían en ese momento; pero al no obtener una respuesta favorable, decidió implementar su propio diploma, desde 1982.

Ahora bien, ante la ausencia de enseñanza oncológica en las facultades de medicina, los seminarios de formación iniciados

por el instituto desde la dirección del doctor Augusto Pantoja y apoyados por las seccionales de la Liga de Lucha Contra el Cáncer fueron supliendo las deficiencias formativas en las facultades y generando entre los médicos un interés creciente por esta enfermedad, que adquiriría importancia en el país y en el mundo. En las décadas siguientes, esos seminarios permitieron transformar la imagen del INC como una entidad centralista que parecía agotar su impacto en la capital y demostrar que tenía un verdadero carácter nacional, en el marco de la descentralización que ocurría en diferentes esferas de la vida social y política en Colombia. A esos seminarios acudieron autoridades seccionales de salud, decanos de facultades, directores de hospitales y funcionarios del ICSS, que se convirtió en el Instituto de Seguros Sociales (ISS²), en 1975.

El interés que suscitaron estos procesos formativos llamó pronto la atención de universidades, como la del Cauca y La Sabana, y generó innumerables consultas telefónicas a los médicos del instituto por parte de colegas en diversas regiones. Esta circunstancia y el desarrollo asistencial del INC llevaron a la constitución de protocolos de manejo en algunos servicios. Con este propósito, en 1978 se desarrolló una primera reunión en Villa de Leyva con participación de la mayoría de los jefes

2 Esta transformación dio lugar a una reorganización del ISS y a una ampliación de sus coberturas en todo el país, lo que le permitió canalizar cada vez más afiliados hacia instituciones especializadas, entre ellas el INC. En los años que vinieron, este proceso, y la consolidación de la asistencia pública, en el marco del SNS, produjo una reducción drástica de los pacientes que solicitaban servicios por cuenta propia, comparándolos con los que provenían remitidos por el Seguro y por los hospitales.

Antes de terminar la década de los setenta, en 1978, el médico Jaime Ahumada presentó al Comité de Educación Médica el primer programa de especialización del INC, denominado Medicina Nuclear, con el aval de la Universidad Javeriana.



de departamento del instituto, en la que se alcanzaron los primeros consensos sobre el manejo de las principales patologías oncológicas y se constituyó un comité de redacción de las memorias de dicho encuentro, liderado por los doctores Armando Gaitán, César Mendoza y Humberto Forero (Llamas y Cadena 2004). Dos reuniones más tuvieron lugar en ese mismo municipio, en 1986 y 1987, ambas dirigidas por el doctor Augusto Llamas; de allí surgió un *Manual de normas y procedimientos en el tratamiento del cáncer*, un documento paradigmático tanto en el campo de la formación como en el de la atención del cáncer en el país. Si bien este manual no constituía en sentido estricto un protocolo, fue de mucha utilidad para que los médicos colombianos pudieran contar con una recopilación de las formas de abordar el cáncer en el INC.

En 1978, alumnos de pregrado de varios semestres pertenecientes a la Pontificia Universidad Javeriana llevaron a cabo las rotaciones en los servicios de medicina, hematología, oncología y enfermería del instituto. También acudieron estudiantes de la

Universidad del Rosario, de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Tunja y del Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA) para adiestrarse en campos como la medicina, la enfermería, la instrumentación y otras tecnologías. A ello hay que sumar un total de 150 estudiantes que asistieron al Laboratorio de Microscopía Electrónica y nueve del curso de Citología entrenados durante tres semestres en la Escuela de Citotecnología, a los que se sumaron diez tecnólogos que rotaron por el servicio de radioterapia.

De cara a las necesidades del país y en el marco de las funciones de docencia adelantadas por el instituto, en 1979 se entrenaron once especialistas en cirugía general, tres en medicina interna, seis en radioterapia, cuatro en patología y dos en medicina nuclear, para un total de veintiséis profesionales.

Los procesos formativos del instituto

llamaron la atención de diversas universidades del país, que enviaban a sus alumnos a entrenarse como especialistas en algunas áreas de la oncología. Fotografía: Archivo INC.

Sigue en página 405

EDUCACIÓN: PASADO, PRESENTE Y FUTURO

«Las personas que estamos aquí tenemos un compromiso grande con la institución, con los pacientes, somos personas a las que nos gustan la docencia y la investigación, porque el instituto no es solamente un hospital, le interesa la atención de pacientes, pero la docencia y la investigación son ejes importantes en todo su quehacer».

Dra. Sandra Esperanza Díaz Casas

Pocos años después de fundado el Instituto Nacional de Radium, en 1934, y una vez estabilizado, se generaron iniciativas para hacer del mismo un centro de formación de médicos, del personal de enfermería y de otros campos profesionales de la salud en los nuevos conocimientos y las nuevas prácticas diagnósticas y terapéuticas de la cancerología. Desde entonces, hasta hoy, lo ha venido haciendo en medio de diversos avatares, ligando siempre la tarea educativa con la investigación básica y epidemiológica y la labor clínica y terapéutica, en estrecha vinculación con la salud pública y la atención prioritaria a los afectados por el cáncer.

Con anterioridad a la fundación del INR, el vehículo para la entronización y la enseñanza de los conocimientos y las problemáticas en torno al cáncer fueron las escasas escuelas de medicina que por esa época existían en Colombia y, particularmente, la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional, que era referente y modelo de la educación médica en el país.

La gran mayoría de quienes allí enseñaban había egresado de la escuela de la Nacional y después de haber viajado a Francia se vincularon a la docencia en ese mismo centro universitario y en los hospitales y las clínicas en las que realizaban sus prácticas los



futuros médicos, dentro de los cuales se destacaba el Hospital San Juan de Dios, el aliado natural del alma máter desde su fundación en 1867. Una vez creado el Instituto Nacional de Radium, la idea de sus promotores desde el Estado, la sociedad civil y el cuerpo médico, era que este debería ser el espacio natural para la formación de los médicos en el conocimiento, la terapéutica y la investigación del cáncer y, en la prospectiva, convertirse en la institución formadora de especialistas en oncología. Una misión que se ha cumplido sin tregua, día a día en medio de condiciones cambiantes y no siempre propicias, pero que sigue teniendo vigencia y que muestra resultados positivos a lo largo de toda la historia del instituto.

A partir de los primeros años del decenio de los cincuenta del siglo pasado, el INR empezó de manera más sistemática a recibir estudiantes que estaban concluyendo sus estudios de medicina o que habían obtenido el título de médicos-cirujanos, e incluso algunos ya con nivel de especialistas, en calidad de internos y residentes. Desde su fundación, el instituto ha contado con destacados profesores de medicina formados en diversos campos y mediante diversas modalidades, incluidos algunos que lo han hecho en el dominio de la cancerología en centros de vanguardia. Bajo la dirección de esta permanente plantilla de élite se formaron internistas, patólogos, anestesiólogos y radioterapeutas hasta que, en 1965, la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (Ascofame) reglamentó las

especialidades médicas, lo que significó un giro decisivo en el tema de la educación médica de posgrado, que obviamente impactó en el INC y generó una dinámica especial en este ámbito.

La reglamentación promulgada por Ascofame significó para el instituto una oportunidad de regularizar y legitimar los estudios y las pasantías de posgrado que un buen número de médicos había adelantado y cumplido en el INC en ausencia de normas y procedimientos claros, pero dentro de un entrenamiento y un ambiente de estudio y reflexión propicios para producir un sólido perfil de especialistas en varios campos médicos, incluidos, naturalmente, los de la cancerología. Bajo esta reglamentación, el instituto concedió a esos médicos el título de especialistas en radioterapia, medicina interna, cirugía general, patología o anestesiología.

Como lo afirmaron los doctores Augusto Llamas Olier y Enrique Cadena Piñeros en un artículo publicado en el año 2004 en la *Revista Colombiana de Cancerología* —en el que hacen un balance de lo logrado hasta ese momento en el terreno de la docencia—, «la mayoría de los oncólogos del país se formaron en el INC». Para que esto fuera una realidad se hizo necesario crear una oficina que diseñara y manejara este tema, desarrollando a su vez las relaciones con las universidades que tuviesen escuelas de medicina, pues un aval proveniente de ellas era requisito para la aprobación de los programas de posgrado y la validación de los títulos en ellos obtenidos. Dentro de los muchos episodios en esta tarea, se puede mencionar el aval brindado por la Pontificia Universidad Javeriana, en el decenio de los años sesenta del siglo pasado, para cuatro programas de especialización en radioterapia, medicina interna, medicina general y patología.

En 1978 se creó, dentro del mismo marco institucional de cooperación entre el INC y la Javeriana, por iniciativa del doctor Jorge Ahumada, el programa postgraduado de medicina nuclear, que fue

aprobado por el Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior (Icfes) en 1987. Este se transformó en el año 2003 en un programa de «segunda especialidad» para médicos internistas y otros especialistas, los cuales adicionaban a su primera especialización la de la oncología.

Si bien la Pontificia Universidad Javeriana era una socia excepcional, también se hacían convenios con otras universidades o instituciones de educación superior. Para el año 2004, los doctores Llamas y Cadena presentan un elenco de veintiséis instituciones de educación superior que tenían este tipo de convenios con el INC, la mayoría de Bogotá, pero también de otras ciudades como Medellín, Manizales, Cartagena, Popayán, Cali, Bucaramanga, Barranquilla y Neiva. Es decir, que en materia de formación del recurso humano el objetivo era la nación, en su conjunto y en su extensión, como lo era el enfrentamiento del cáncer.

LA ONCOLOGÍA CLÍNICA, UN CAMINO IDÓNEO PARA CONSOLIDARLAS ESPECIALIDADES EN CÁNCER

El doctor Augusto Llamas ha afirmado, no sin razón, que «los radioterapeutas fueron el eje del desarrollo de la oncología» en Colombia, y quizás en el mundo. Precisamente la radioterapia era, si así puede decirse, «la estrella» de la educación graduada que se impartía en el INC desde la mitad del siglo pasado. Por esa época aún no se había consolidado la quimioterapia, que llegaría a considerarse como el complemento natural de la radioterapia y se tornaría en el tratamiento casi obligado por los años setenta. En este interregno, los radioterapeutas fueron los encargados de aplicarla hasta que poco

a poco quedó en manos de la oncología clínica y sus subespecialidades o «segundas especialidades». Mario Gaitán Yaguas, formado como radioterapeuta en el instituto, «fue en su momento la única persona que administraba quimioterapia en el INC», cuando ejercía la dirección —como lo registra también Augusto Llamas—, y a su lado se formaron los clínicos de la cancerología que expandieron y trataron de regular esta nueva terapia.

El primer titulado en oncología clínica fue el doctor Luis Carlos Martínez, en 1988, que tuvo el aval de la Universidad El Bosque; para el reconocimiento de este programa de oncología clínica, el instituto había adelantado un proceso ante Ascofame que se inició en el decenio anterior. Ya entrado el siglo XXI, el programa propuso su aval ante varias universidades: Pontificia Universidad Javeriana, Universidad Nacional, Universidad Militar Nueva Granada y Universidad El Bosque, que terminó aprobándolo y avalándolo.

Los programas de especialización han experimentado cambios de nombre y reformulación de sus contenidos de acuerdo con los avances del conocimiento, las necesidades de atención y las demandas de los profesionales, así como las posibles variaciones en la misma enfermedad. En el año 2019, además de los programas de especialización propiamente oncológica, existen catorce programas de segunda especialidad en los cuales se han graduado, desde 2011, ciento cuarenta y un médicos y médicas.

El importante y sostenido proyecto educativo del INC no se queda en la formación de alto nivel en medicina y cancerología. En enfermería, por ejemplo, es muy notable la labor que ha cumplido y se expresa en el altísimo nivel que el personal de esta disciplina ha alcanzado en programas y eventos institucionales y, también, en el marco de ese «colegio invisible» que funciona día a día tanto en las labores asistenciales, como en los otros ámbitos que competen a las funciones del instituto y esas otras que permiten que sus puer-

tas estén abiertas día y noche y que sus rutinas administrativas y técnicas no tengan pausa. Otro grupo de gran nivel, que también ha complementado y desarrollado su formación tecnológica y universitaria en el marco de su quehacer institucional —y quedarían por fuera unos cuantos más— es el que apoya y mantiene activas y alertas las tareas relacionadas con la medicina nuclear y la radiofarmacia, un sector de tecnología de punta que ha hecho posible la autosuficiencia en algunos aspectos de este campo y que ofrece, incluso, perspectivas económicas interesantes para el futuro.

De estos, siete terminaron su especialidad, uno de ellos se incorporó al instituto y los restantes se trasladaron a hospitales universitarios del país, con lo que se contribuyó a la cualificación de la atención descentralizada del cáncer. Además de esto, se entrenaron seis médicos especialistas en diversas áreas de la cancerología y se establecieron intercambios de rotación de entre dos y cuatro meses con los hospitales San Vicente de Paúl de Medellín, San Juan de Dios de Bogotá, Militar Central, San Ignacio, San José, La Samaritana, el Infantil, el Instituto Neurológico y el San José de Popayán.

Estos esfuerzos formativos estuvieron acompañados por diversos desarrollos a cargo de la división de Epidemiología y Prevención, centrados en la tecnificación de algunas áreas y en el aumento de la capacidad de registro estadístico y epidemiológico de los casos de cáncer. Justamente, en 1979 se completó la ordenación del archivo histórico de casos de cáncer que se presentaron entre 1935 y 1966, según su localización y morfología, y se registraron las entidades patológicas benignas y malignas, todo lo cual sirvió de base para las investigaciones adelantadas por el personal científico del hospital y también de algunas facultades de medicina. Como ocurrió en los años anteriores, en 1979 se insistió en recolectar los diagnósticos de cáncer realizados por los patólogos del país durante el año. Sin embargo, solo se obtuvo el 35 % de ellos, lo que hizo imposible establecer un estudio sobre frecuencias de las distintas localizaciones de cáncer y también sobre su incidencia nacional. Así como el registro de la morbilidad se enfrentaba a estas dificultades, el de mortalidad aún no contaba con la codificación necesaria de toda la información que resultaba de la crítica a los formularios de defunción enviados por el DANE. Al tabular los cinco años sobre los cuales había información completa sobre dicha mortalidad (1975 a 1979), esta alcanzaba los 65 872 casos.

De la mano con la Sección de Asistencia Social, la División de Epidemiología y Prevención desarrollaba el Programa de Registro y Seguimiento de Pacientes, orientado a la vinculación de estos y sus familiares a la institución con el fin de conocer la sobriedad en cada una de las localizaciones, según el estado clínico en el cual se encontraba la enfermedad al inicio del tratamiento. Ello permitió que en cada una de las zonales en que estaba dividida Colombia para el PNC se efectuara un estudio similar que comparaba resultados entre las distintas zonas y también con otros países. La importancia de este programa radicaba en la posibilidad de seguir la historia natural del cáncer y sus variaciones en función de los tratamientos realizados, por lo que, además de brindar un seguimiento y una atención sostenida en el tiempo al paciente y su familia, se recababan datos fundamentales para la investigación y se constituía una experiencia asistencial privilegiada como respaldo de todas las actividades docentes, formativas y de divulgación que adelantaba el INC.

LOS AÑOS OCHENTA: UN INSTITUTO EXITOSO EN UNA DÉCADA TURBULENTA

En los inicios de los años ochenta, la publicación oficial del instituto y de la oncología del país adoptó el nombre de *Revista del Instituto Nacional de Cancerología*, y se mantuvo durante dos años; luego se suspendió entre 1982 y 1983 y volvió a editarse entre 1984 y 1985, con el mismo nombre y bajo la dirección de Julio Ospina. Este último año se interrumpió de nuevo, situación que se prolongó hasta 1991. En 1992, ya bajo la dirección de Juan Manuel Zea, volvió a aparecer con la misma denomi-



nación, y en 1998, nuevamente coincidiendo con el cambio de dirección en el INC y la llegada del doctor Carlos J. Castro, salió a la luz pública con el nombre de *Revista Colombiana de Cancerología*, denominación bajo la cual continúa hasta la actualidad.

En la década de los años ochenta la idea predominante dentro del grueso de la opinión pública sobre el instituto era la de una entidad de salud de carácter oficial que no registraba déficit y que brindaba al 85 % de sus pacientes, fundamentalmente de manera gratuita, un tratamiento que podía llegar a costar un millón de pesos de la época (Lozano 1986). Y así era, en efecto, pues a diario atendía a unas 380 personas, 120 pasaban por el laboratorio y, por lo menos, dos nuevas iniciaban sesión de quimioterapia, y el único requisito para atenderlas era que hubiesen sido remitidas con un diagnóstico de cáncer por parte de un puesto de salud, del Seguro Social o de un médico particular, es decir, por alguno de los tres soportes del SNS. Era imposible que sus puertas se le cerraran a un paciente que cumpliera esta condición, así no contará con medios económicos para pagar los servicios que requería.

Para el momento en que el doctor Julio Enrique Ospina ocupaba la dirección, y como resultado de un proceso de casi cuarenta años, ese pequeño hospital que en 1973 tenía grandes dificultades para responder a la demanda nacional se había convertido en la cabeza efectiva de la lucha anticancerosa. Las razones de este progreso eran diversas. Una se relacionaba con el lugar especial que ocupaba dentro del SNS. Era, al decir de la época en los corrillos de las instituciones de salud, «un organismo consentido» dentro de los programas de salud el Gobierno: entre 1975 y 1986 se habían invertido cerca de 42 millones de dólares en esta institución. Pero no eran gratuitas tal predilección y generosidad. A diferencia de otros hospitales y clínicas del país, en el transcurso de casi medio siglo el instituto solo había sido dirigido por seis médicos, lo que revelaba una gran estabilidad administrativa y daba prueba, como afirmó Julio

Arriba: después de varios cambios e interrupciones en la publicación, en 1998 se reinicia la *Revista Colombiana de Cancerología* para continuar la labor de divulgación, no solo para el instituto, sino para toda la comunidad científica del país comprometida en la lucha contra el cáncer. Biblioteca INC.

Abajo: carátula del *Boletín del INC* conmemorativo de los cuarenta años de la institución. Vol. 2 n.º 6, enero-junio de 1974. Biblioteca INC.



Ospina, «de que se trataba de una institución independiente en la que no habían existido presiones políticas» (Lozano 1986, 91). Y aunque Ospina omite en esta afirmación los acontecimientos ocurridos en 1945 alrededor de la administración de César Augusto Pantoja y su vínculo con el Gobierno liberal, tenía razón sobre la idea de la estabilidad y la independencia logradas por el INC. En general, el instituto parecía signado por una alta dosis de equilibrio institucional —aunque no faltaran los sobresaltos— que auguraba un largo aliento en su labor. Y, claramente, marcado por la indeclinable disposición a recibir a los pacientes bajo las pautas de la ética, la preparación técnica y científico-médica y el sentido humanitario.

Otra razón para ser el INC el «consentido» de los gobiernos era el manejo cuidadoso y eficiente de los recursos, producto de un largo aprendizaje que se proyectaba también como una marca propia de su largo recorrido. Y en este ámbito son significativas las pequeñas acciones. Como lo relataba la periodista y escritora Pilar Lozano, el director Ospina, al igual que sus antecesores, no había aceptado un carro oficial para su uso privado y había preferido usar el dinero de dicho automóvil para la compra de una ambulancia. A su turno, los técnicos del taller de reciclaje hacían alarde de su ingenio, inventando repuestos que no se conseguían en el país y cuya importación significaba altas inversiones en dinero y tiempo; igualmente, se las ingeniaban para recomponer y transformar equipos dañados en nuevos artefactos que salvaban vidas y aliviaban las difíciles situaciones que a veces atravesaban los profesionales de la salud que los atendían. Así, revivían sofisticados equipos de tratamiento y cirugía, con lo que la institución ahorrraba mes a mes unos dos millones de pesos de la época, cifra nada despreciable, y hasta recuperaban sillas cojas e incluso juguetes destrozados para los

niños hospitalizados (Lozano 1986). Acciones y actitudes como estas iban dejando huellas en lo que podría llamarse el «carácter» o la «personalidad» social e histórica del INC.

Para Julio Ospina había otros dos asuntos vitales que determinaban el éxito de la institución. Primero, además de los medicamentos e irradiaciones con los que se le hacía frente al cáncer, existía «un arma igualmente importante y fuerte: el cariño, la alegría, las sonrisas» (Lozano 1986, 92), aplicadas por todos los empleados, los médicos, las enfermeras, los psiquiatras, las trabajadoras sociales e, incluso, los mismos enfermos. Como afirmaba una paciente de veintisiete años, madre de cuatro hijos y sometida a quimioterapia que fue entrevistada por la periodista Pilar Lozano: «Los médicos y enfermeras se familiarizan con uno. Nos consienten. A mí, por ejemplo, me preguntan siempre por mis hijos. Eso me da seguridad, siento que me conocen y me quieren» (Lozano 1986, 92).



Uno de los principios básicos del instituto es la atención humanizada del paciente con cáncer. Fotografía: Archivo INC.

El segundo elemento destacado por Ospina era el apoyo psicológico, que permitía mantener a los pacientes con esperanza. Desde el primer contacto con el trabajador o la trabajadora social al ingreso al hospital, los enfermos contaban con un acompañamiento permanente que les transmitía confianza y les ayudaba a resolver una preocupación mayor: la económica. En esos años se seguía usando una clasificación de cinco niveles: en un extremo, el A, que costaba el 100 % del tratamiento; en el otro, el E, que era atendido gratuitamente. Para 1986, el 85 % de los pacientes se clasificaban en este último grupo y los grupos intermedios pagaban porcentajes parciales de acuerdo con su situación socioeconómica. El equipo de trabajo social también ayudaba a resolver el tema de los pasajes para llegar al instituto desde fuera de Bogotá, e incluso dentro de la misma ciudad, siempre que fuera factible, y junto al personal de psiquiatría brindaba apoyo en diversas circunstancias ocasionadas por los problemas familiares que conllevaba la enfermedad, los traumas producidos por la pérdida de alguna parte del cuerpo, el dolor psicológico que generaba la impotencia ante la enfermedad, los efectos secundarios de la radioterapia o el miedo a la muerte. La psicóloga del pabellón de niños se encargaba de acompañarlos, cuidarlos y consentirlos.

A este equipo se sumaba el papel de las voluntarias, cincuenta y tres mujeres vestidas de verde y blanco que parecían contar con un radar para detectar el dolor en el interior del instituto y fuera de este. En el albergue de mujeres se dedicaban a acompañar, cuidar y alimentar a un promedio de cuarenta personas que permanecían allí, todas ellas pacientes diagnosticadas con cáncer que eran tratadas en el INC y no tenían recursos económicos ni parientes o amigos en Bogotá. Pero por solo doscientos pesos diarios recibían desayuno, medias nueves, almuerzo, on-



ces y comida; si se daba el caso de que no tuvieran tampoco ese dinero, obtenían este apoyo vital gratuitamente.

Aunque estas eran las claves del éxito del instituto en los años ochenta, muchos se preguntaban por qué las personas pudientes no solicitaban también sus servicios y, por el contrario, preferían empacar sus maletas y pagar en el extranjero millonarias sumas por un tratamiento igual al que recibirían en el cancerológico. La respuesta está en la idea arraigada dentro del público de que allí se brindaba un servicio asistencial fundamentalmente para pobres. A esta idea se le adicionaba el hecho de la ubicación del INC en el sur de Bogotá; era común, y lo sigue siendo, el imaginario de una ciudad dividida tajantemente en una zona norte de riqueza y buen vivir y una zona sur donde predominan la pobreza y el abandono.

En el instituto la atención a la población infantil incluye el acompañamiento y cuidado psicológicos. Fotografía: Archivo INC.

LA VIDA ASISTENCIAL EN LOS AÑOS OCHENTA

En 1982 solicitaron atención 11 090 personas, y fueron atendidas 8586 (77%). Dentro de estas últimas, 5594 (65%) venían remitidas de otras instituciones y 2992 (35%) llegaron al INC por iniciativa propia (AINC 1982, f. 62). Del total de los atendidos se abrió historia clínica a 6176 casos que correspondían a pacientes afectados por cáncer. Respecto al total de los remitidos, 3548 provenían de instituciones de beneficencia como centros de salud y hospitales, 1617 fueron enviados por médicos privados y 429 dirigidos al INC por instituciones de seguridad social como el ISS, la Caja Nacional de Previsión y las cajas departamentales y municipales, lo que seguía mostrando el gran peso de la asistencia pública y de la medicina particular frente al desarrollo limitado de la seguridad social. Los diagnósticos de cáncer, de acuerdo con el origen de las remisiones, se comportaron como se muestra en la tabla 55.

Tal como sucedió a finales de los años setenta, para el inicio del decenio de los ochenta las remisiones de los médicos mostraban una fragilidad en el diagnóstico de cáncer con un porcentaje de acierto de tan solo el 43 %, según relataba el informe de actividades de 1982; mientras aquellos que se producían en las instituciones de beneficencia y de seguridad social eran mayores y alcanzaban el 58 % y el 53 %, respectivamente. Es decir, de los pacientes remitidos al Cancerológico por los médicos privados, menos de la mitad tenía realmente cáncer, lo que significa que su diagnóstico no era muy acertado. En estas circunstancias era claro que los procesos de formación en cáncer que venía adelantando el instituto en las dos décadas anteriores —como ya se relató— con los médicos de la seguridad social y de las instituciones públicas producía mayores destrezas para

Tabla 55. Origen de las remisiones al instituto en 1982 y diagnóstico de cáncer para cada caso

Origen de los pacientes remitidos	Número	%	Diagnóstico de cáncer	%
Instituciones de beneficencia	3548	63,4	2047	58
Médicos privados	1617	28,9	699	43
Seguridad social	429	7,6	229	53
Total	5594		2975	

Fuente: Comentarios al Informe de Actividades del INC de 1982.

el diagnóstico de esta enfermedad; entre tanto, muchos médicos privados carecían de las habilidades y los conocimientos suficientes para abordar esta patología. Esta situación era más pronunciada, por razones obvias, en el caso de los ciudadanos que interpretaban cualquier señal de su cuerpo como un indicio de cáncer, lo que los motivaba a acudir a la consulta en el INC. Del grupo que accedió al servicio por iniciativa propia solo el 20 % estaba diagnosticado con cáncer, lo que correspondía a 118 de los 582 pacientes a quienes efectivamente se les abrió allí historia clínica. De este modo, a 2410 solicitantes de servicios no se les abrió historia por considerar que su diagnóstico no era de cáncer y de las 582 historias abiertas, 464 pacientes carecían de un diagnóstico confirmado o contaban con lesiones precancerosas (AINC 1982, f. 63).

En términos generales, para aquellos años la cobertura nacional había disminuido, debido a los importantes avances en

la descentralización propuesta en el PNC. Muchos pacientes accedían ahora a los servicios de los hospitales regionales sin desplazarse hasta el instituto, en Bogotá. De las 6176 personas a quienes se les abrió historia clínica, 636 (10 %) pertenecían a otras zonas diferentes a Bogotá y su área de influencia. De ellos, 398 presentaron cáncer, lo que da como resultado el 13 % de todos los casos nuevos de cáncer diagnosticados y tratados en el instituto para 1982 (AINC 1982). Del total de 3093 pacientes con cáncer, 1060 eran hombres (34 %) y 2033 mujeres (66 %).

Las consultas médicas en 1982 alcanzaron los 81554 pacientes, con un promedio diario de 330, es decir, 13 consultas más que en 1981. Cada persona atendida en ese año demandó una media de cinco consultas y el campo de la ginecología fue el servicio de mayor demanda, con el 17 %. Los servicios auxiliares de diagnóstico, tratamiento o paramédicos aumentaron respecto a los años anteriores. Por ejemplo, la radioterapia creció un 2 %, debido a la rapidez con que trabajaron los Theratrones 1 y 2, que entraron en funcionamiento el 29 de noviembre y el 9 de diciembre de 1982, respectivamente (AINC 1982).

Dentro del grupo de hospitalizados en este año, que alcanzó la cifra de 2957, los tratamientos que predominaron fueron la cirugía, con 1839 intervenciones (62 %), y la radioterapia, con 554 pacientes (20 %); los demás se atendieron con la combinación de cirugía, radioterapia y quimioterapia (12 %). En el campo quirúrgico se practicaron 2254 procedimientos³ con un aumento del 4 % respecto al año anterior. De estos, el 73 % fueron cirugías mayores para el tratamiento de lesiones tumorales

3 Se suman aquí los pacientes que recibieron solo cirugía más los que obtuvieron tratamiento combinado de cirugía con alguna de las otras dos terapias.

Los procesos de formación en cáncer que venía adelantando el instituto producían mayores destrezas para el diagnóstico de esta enfermedad.



En 1982 el INC adquirió dos theratrones, máquinas diseñadas para que se ajusten a la forma del tumor y destruyan las células cancerosas sin afectar el tejido normal circundante. Fotografía: Archivo INC.

malignas. El 58 % de estas intervenciones correspondieron a cirugías de cabeza y cuello, de ginecología y de seno (AINC 1982, f. 65). Resulta interesante ver las causas por las cuales no se efectuaron el 9 % de las cirugías programadas (211 en números absolutos). De acuerdo con el *Informe de actividades* del instituto, en 1982, la mayoría de los casos tuvo que ver con causas externas como falta de tiempo, mal estado del paciente o la ausencia de una hospitalización oportuna. Como motivos secundarios estaban los eventuales cortes de luz y de agua y la carencia de sangre para transfusiones. La falta de camas y el daño de equipos constituían causas significativamente menores.

El mayor grado de ocupación correspondió a los servicios de pensionados, con un 4 %, por encima del porcentaje general. Este dato era muy importante, pues permitió pensar en la



El tratamiento que predominó en los inicios de la década de 1980 fue la cirugía, seguida por la radioterapia y la combinación de intervenciones quirúrgicas, radioterapia y quimioterapia. Fotografía: Archivo INC.

posibilidad de un aumento en el número de camas con el fin de atender la demanda de estos pacientes pensionados que significaban un mayor ingreso monetario para el hospital. El giro o rotación de camas, que indicaba el número de enfermos tratados al año, era de 19 (número de egresos 2819/número de camas 148) y era interpretado como bueno, teniendo en cuenta que se trataba de una institución especializada.

La distribución de los atendidos en el instituto mostraba que de los 3480 casos de cáncer tratados en 1982, 3128 (90 %) venían por primera vez, mientras 352 (10 %) ya tenían historia abierta, pero solo en ese año de 1982 se les diagnosticó su enfermedad tumoral maligna. Las principales afectaciones por sistemas se muestran en la tabla 56.

Tabla 56. Primeros cuatro sistemas afectados por cáncer en pacientes atendidos en el INC en 1982

Sistemas	Número	Porcentaje
Ginecológico	976	31,2%
Piel	560	17,9%
Vías digestivas	538	17,2%
Seno	309	9,9%

Fuente: *Informe de actividades* del INC de 1982.

Para poder establecer un punto de referencia comparativo entre el cáncer en los adultos y el cáncer en los niños, es necesario avanzar unos años —hasta 1986— en la secuencia cronológica que se viene siguiendo. Para este año, se registra que llegaron al Servicio de Admisión del INC 7088 adultos (85,7 %) y 1176

niños, es decir que estos últimos constituían el 14,2 % del total de ingresados por cáncer. Este dato se puede correlacionar con el existente para 1964 —que aparece más atrás en la Tabla 40, p. 323—, en donde el porcentaje de niños era solo del 7 % de total (481 niños) frente al 93 % de los adultos (6212). Estos dos datos sueltos permiten pensar que el cáncer en niños había crecido de manera significativa en un poco más de veinte años.

De las 8264 personas que ingresaron al INC en 1986 fueron atendidas, efectivamente, 6027, es decir, cerca del 67 % de los que llegaron al Servicio de Admisión. De estos, 5847 (97 %) llegaron remitidos y solo 180 (3 %) asistieron por iniciativa propia (AINC 1986, f. 1). La tabla 57 resume las remisiones llevadas a cabo por las diferentes instituciones, así como el número de casos de cáncer diagnosticados en el INC en cada grupo.

Estos datos revelan que cerca de 2566 personas remitidas al instituto no tenían cáncer, lo que corresponde a un 44 % del total. Pese a que la patología precancerosa queda incluida en este número, seguía siendo una cifra alta de pacientes que no requerían atención, lo cual evidencia, de nuevo, que aún faltaban elementos formativos y técnicos para un adecuado diagnóstico de esta enfermedad en las instituciones y consultorios de salud en el país (AINC 1986, f. 2). En los años siguientes, el número de pacientes nuevos atendidos en el INC aumentó y los diagnósticos de cáncer crecieron como se muestra en la tabla 58, que abarca los años de 1983 a 1988, lo que permite una mirada más diacrónica.

Es importante señalar que entre 1983 y 1988 continuó descendiendo el número de personas atendidas en el instituto, fenómeno que había empezado a evidenciarse en la década de los años setenta, por cuenta de la implementación del PNC. En el mismo periodo mejoró el diagnóstico de los médicos que remitían casos al instituto, aumentó la remisión de pacientes de

Tabla 57. Distribución de los pacientes remitidos al instituto y diagnóstico de cáncer en cada grupo

Tipos de remisiones	Pacientes	Diagnósticos de cáncer
Remitidos de instituciones llamadas de beneficencia que integraban centros y hospitales	3744	2206 (59 %)
Remitidos por médicos	1710	834 (49 %)
Remitidos por instituciones de seguridad social (ISS, Caja Nacional, cajas departamentales y cajas municipales)	393	241 (61 %)
Total	5847	3281

Fuente: Comentarios al movimiento hospitalario durante 1986.

la seguridad social y se redujo la de las instituciones públicas. También disminuyeron de manera importante las consultas por iniciativa propia, al pasar del 26 % de los atendidos en 1983 a solo el 0,03 % en 1988 (AINC 1989, f. 12). Igualmente, se mejoró la eficiencia en la apertura de historias clínicas a quienes realmente tenían cáncer.

En el mismo periodo se mantuvo el comportamiento de las consultas mayoritarias de la población sin capacidad de pago, clasificada históricamente como E. De hecho, 1988 mostró un aumento importante de este tipo de pacientes, al llegar a los 3827 que representaban el 62 % del total (tabla 59, página 415).

Fuente de la tabla 58: Comentarios al Informe de actividades de 1988.

Tabla 58. Movimiento de pacientes entre 1983 y 1988 en el instituto

		1983		1984		1985		1988	
Atendidos		8249		6486		6291		6238	
Remitidos		6122	74 %	5705	88 %	5728	91 %	6173	99,97 %
Médicos		1850	30 %	1863	33 %	1559	27 %	1819	29 %
Con diagnóstico	Número	608	33 %	692	37 %	680	44 %	1029	57 %
	Con cáncer	479	79 %	498	72 %	552	81 %	804	78 %
	Sin cáncer	129	21 %	194	28 %	128	19 %	22	22 %
Sin diagnóstico	Número	1242	67 %	1171	63 %	879	56 %	790	43 %
	Con cáncer	346	28 %	307	26 %	217	25 %	220	28 %
	Sin cáncer	896	76 %	864	74 %	662	75 %	570	72 %
Entidades		4272	70 %	3842	67 %	4169	73 %	4354	71 %
Beneficencia	Número	3809	89 %	3425	89 %	3756	90 %	3743	86 %
	Con cáncer	2078	55 %	1880	55 %	2231	59 %	2279	61 %
	Sin cáncer	1731	45 %	1545	45 %	1525	41 %	1464	39 %
Seguridad social	Número	463	11 %	417	11 %	413	10 %	611	14 %
	Con cáncer	274	59 %	254	61 %	239	58 %	397	65 %
	Sin cáncer	189	41 %	163	39 %	174	42 %	214	35 %
Iniciativa propia		2127	26 %	781	12 %	563	9 %	2	0,03 %
Con historia C	Número	447	21 %	264	34 %	179	32 %	2	100 %
	Con cáncer	89	20 %	56	21 %	48	27 %	1	50 %
	Sin cáncer	358	80 %	208	79 %	131	73 %	1	50 %
Sin historia C	Número	1680	79 %	517	66 %	384	68 %	0	0
Historias clínicas		6569	80 %	5969	92 %	5705	88 %	6157	99 %
	Con cáncer	3266	50 %	2995	50 %	5705	88 %	3701	60 %
	Sin cáncer	3303	50 %	2974	50 %	5705	88 %	2474	40 %

A las mujeres que hicieron parte de este conjunto de atendidos en el instituto entre 1983 y 1988 se les diagnosticó mayoritariamente cáncer en el sistema genital, seguido por el cáncer de piel, el de vías digestivas y el de glándula mamaria. Las instituciones que más remitían personas eran las de seguridad social y las de beneficencia. En el grupo de las de seguridad social, que para 1984 incluía más de veintiuna, las que más remitían eran el ISS y las cajas departamentales, con una presencia significativa de la Caja Distrital de Bogotá, algunos ministerios, la Policía Nacional, la Caja Nacional de Previsión y los Ferrocarriles Nacionales. Dentro de las de beneficencia, que abarcaba más de treinta instituciones, primaban las remisiones de los centros de salud, de la Liga Colombiana de Lucha contra el Cáncer, de los hospitales de Bogotá como el San Juan de Dios, el San José, el Santa Clara, la Samaritana y Profamilia. En 1985 se sumaron otras instituciones que remitían pacientes en el marco de la seguridad social, como fueron los casos de la Federación Nacional de Cafeteros, Ecopetrol, Álcalis de Colombia, Bavaria, Sanidad Militar y el Banco de la República, y en el ámbito de la beneficencia varios hospitales de fuera de Bogotá. Más adelante, para 1988, también remitían pacientes Compensar, Salinas de Zipaquirá, Cementos Diamante y Cementos Samper, el Fondo de Prestaciones de Nariño, así como la Intendencia de San Andrés y los Seguros Médicos Voluntarios. En el campo de la beneficencia, como se denominaba en ese tiempo a lo que consideraríamos hoy el sector público, aparecían también el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y nuevos hospitales públicos de la ciudad y del país en general.

En 1988, la cirugía volvió a ser el tratamiento más frecuente en el instituto, con 1539 intervenciones (40 % del total de procedimientos), seguida de la radioterapia, con 797 casos (20 %

de los procedimientos). El resto de los tratamientos conjugaba estas dos modalidades con la quimioterapia y otros tipos de terapias. Ese año se llevaron a cabo 140 cirugías en niños (AINC 1989, f. 16). Los egresos hospitalarios fueron ocasionados por la mejoría de los pacientes, en el 93 % de los casos (3630), y por muerte, en el 7 % (253). Un análisis general de la frecuencia de las diez primeras causas de morbilidad por cáncer en mujeres atendidas en el INC entre 1984 y 1988 revela el peso importante del cáncer de cuello uterino y de glándula mamaria, seguidos por el cáncer de piel y las afectaciones gastrointestinales, que conservaron las primeras posiciones en todo el periodo, como se ilustra en la tabla 60.

En el caso de los hombres, para los años señalados, las frecuencias variaron respecto a las de las mujeres ubicándose en los primeros lugares el cáncer de piel, el de estómago, el de compromiso ganglionar y de origen hematopoyético. El cáncer de próstata comenzaba a ubicarse en los primeros lugares de morbilidad y fue en aumento cada año como se ilustra en la tabla 61 (página 416).

No hay duda de que al final de los años ochenta la vida asistencial del instituto era cada vez más compleja. Si bien el PNC había permitido una disminución del número de casos atendidos a nivel nacional, la carga asistencial del Cancerológico seguía siendo importante, y ante las dificultades presupuestales, solo los esfuerzos administrativos, organizativos y de todos los empleados lograron dar respuesta a los crecientes retos.

Tabla 59. Clasificación socioeconómica de los pacientes atendidos en 1983, 1984, 1985 y 1988 en el instituto

Clasificación	1983		1984		1985		1988	
	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%
A	493	8	466	8	443	7	628	10
B	91	1	64	1	50	1	17	0,3
C	338	5	354	6	335	6	176	3
D	2737	42	2986	50	2632	45	1527	25
E	2910	44	2099	35	2447	41	3827	62

Tabla 60. Diez primeras causas de morbilidad por cáncer en mujeres atendidas en el INC entre 1984 y 1988

Tipo de cáncer	1984			1985			1986			1987			1988		
	Núm.	%	Pos.	Núm.	%	Pos.	Núm.	%	Pos.	Núm.	%	Pos.	Núm.	%	Pos.
Cuello uterino	900	40	1	986	40	1	854	36	1	871	35	1	867	33	1
Seno	373	17	2	414	17	2	379	16	2	424	17	2	451	17	2
Piel	335	15	3	338	14	3	373	16	3	334	14	3	406	15	3
Estómago	70	3	4	84	3	4	94	4	4	89	4	4	112	4	4
Ovario	66	3	6	63	3	7	88	4	5	81	3	5	86	3	6
Ganglios	52	2	7	63	3	7	69	3	6	77	3	6	70	3	8
Hematopoyético	43	2	8	68	3	5	63	3	8	66	3	7	79	3	7
Tiroides	68	3	5	65	3	6	55	2	9	66	3	7	90	3	5
Cuerpo uterino	43	2	8	57	2	9	68	3	7	64	3	9	68	3	9
Metastásico primario desconocido	-	-	-	47	2	10	46	2	10	53	2	10	55	2	10
Todos los otros	292	13		298	12		303	12		349	14		375	14	
Total	2242			2483			2392			2474			2659		

Tabla 61. Diez primeras causas de morbilidad por cáncer en hombres atendidos en el INC entre 1984 y 1988

Tipo de cáncer	1984			1985			1986			1987			1988		
	Núm.	%	Pos.	Núm.	%	Pos.	Núm.	%	Pos.	Núm.	%	Pos.	Núm.	%	Pos.
Piel	258	26	1	283	25	1	247	21	1	275	22	1	268	20	1
Estómago	102	10	2	128	11	2	119	10	2	141	11	2	168	12	2
Ganglios	97	10	3	100	9	3	109	9	3	101	8	3	118	9	3
Hematopoyético	71	7	4	57	5	4	79	7	4	79	6	5	86	6	4
Próstata	49	5	5	53	5	5	55	5	5	82	6	4	82	6	5
Esófago	44	4	6	50	4	6	49	4	6	68	5	6	56	4	6
Tejidos blandos	27	3	8	39	3	8	43	4	7	-	-	-	41	3	10
Testículo	36	4	7	-	-	-	38	3	8	42	3	8	41	3	10
Huesos	-	-	-	-	-	-	37	3	9	-	-	-	42	3	9
Nervioso	26	3	9	-	-	-	36	3	10	-	-	-	-	-	-
Pulmón	33	3	8	48	4	7	-	-	-	39	3	10	53	4	7
Laringe	-	-	-	-	-	-	-	-	-	42	3	8	-	-	-
Todos los otros	261	25	-	394	34	-	365	31	-	465	36	-	395	29	-
Total	1004			1152			1177			1277			1350		

Fuente: Comentarios al Informe de actividades de 1988.

AJUSTES INSTITUCIONALES, INVESTIGACIÓN, FORMACIÓN Y DESARROLLOS EN LA SALUD PÚBLICA

La imagen positiva del INC se reforzó en la opinión pública nacional por el liderazgo que este había ejercido en la concepción y la puesta en marcha del PNC, en momentos en que Colombia se veía enfrentada a situaciones y cambios importantes. En los años ochenta tuvieron lugar los primeros esbozos de la gran transformación que se avecinaba en la relación Estado-mercado, por cuenta de un nuevo enfoque para la economía y para el sector de la salud. Los Gobiernos del liberal Julio César Turbay (1978-1982), del conservador Belisario Betancur (1982-1986) y del liberal Virgilio Barco (1986-1990) continuaron las políticas iniciadas en el Gobierno de López Michelsen en torno a la apertura comercial, la reducción del gasto público, la privatización de las instituciones del Estado y, en general, la aplicación del modelo neoliberal que se extendía en la región latinoamericana, de acuerdo con las condiciones de cada país.

Durante estos años avanzaron algunos procesos democráticos (descentralización y elección popular de alcaldes, por ejemplo), pero también se reforzaron el escalamiento del narcotráfico, el conflicto armado, el paramilitarismo, los fracasos en los procesos de paz que se intentaron y la inestabilidad institucional. Se estaba ante un Estado frágil y en crisis, como lo demostró la toma del Palacio de Justicia por parte de la guerrilla del M-19 y la retoma por las fuerzas militares, que dejaron heridas que aún no sanan. La Constitución de 1886, aún vigente cien años después, no parecía ofrecer un marco



Los presidentes Julio César Turbay (arriba), Virgilio Barco (abajo) y Belisario Betancur (izquierda) continuaron con la aplicación del modelo neoliberal y la apertura económica iniciados por Alfonso López Michelsen. Fotografías: Fernilas 1980, 24 de julio de 2014, Creative Commons; Gustavo Bohórquez García, Creative Commons, Fundación EOI CC BY NC ND.



suficiente para las urgencias que afrontaba el país en medio del agotamiento del bipartidismo. Tampoco parecía efectiva frente a los imperativos de ajuste estructural que los organismos de crédito internacional le exigían al Estado colombiano. Estas circunstancias y los intentos de reforma constitucional adelantados en el pasado reciente por Alfonso López Michelsen fueron abriéndole paso a la idea de instalar una Asamblea Nacional Constituyente que diera forma a una nueva constitución, la que solo se fraguó hasta inicios de los años noventa.

Antes de esa Asamblea, durante el Gobierno de Belisario Betancur se produjeron varios ajustes en el sector de la salud, particularmente en el INC, los cuales transformaron su organización y su dirección. En 1984 se aprobó el Acuerdo 0010, por el cual se adoptaba su estructura orgánica. Al mismo tiempo, asumió las riendas el doctor Juan Manuel Zea, quien dirigió el instituto entre 1986 y 1998. Zea, médico de la Universidad

Javeriana y especialista en Cirugía General y Oncología Pediátrica, se había vinculado en 1974 como jefe de Cirugía Oncológica Pediátrica y luego como jefe de Educación Médica y de la División Académica. Fue el encargado de completar las fases 2 y 3 del PNC y de dar el impulso decisivo a las campañas contra el tabaquismo, en el marco de las cuales consiguió que se lograra la prohibición de fumar en los vuelos nacionales, entre otras medidas que tuvieron incluso impacto en la vida cotidiana del propio instituto. Bajo su dirección, además, se inauguró el Edificio Rafael Carrizosa Argáez en la zona suroriental del INC.

Durante la administración del doctor Zea se produjo el Acuerdo 0028 de 1988 —por el cual se establecía la estructura interna del INC y se determinaban las funciones de sus dependencias—, además de cinco resoluciones con las que se crearon nuevos grupos de trabajo que reforzaron la organización administrativa y asistencial existente. En ese mismo año se avanzó

La toma del Palacio de Justicia por parte del movimiento revolucionario M19, se sumó a una serie de hechos que al final de la década de los años ochenta mantenían al Estado frágil y en crisis. Fotografía: Palacio de Justicia- helicóptero. Policía Nacional, Wikimedia Commons.

La Asamblea Nacional Constituyente dio lugar a la Constitución de 1991, que reemplazó a la de 1886. Entre los cambios positivos de esta nueva carta magna aparecen la tutela, el Banco de la República como entidad independiente y la Corte Constitucional. Archivo *El Tiempo*, 4 de julio de 1991.

en la reestructuración del instituto con el establecimiento de dos divisiones estratégicas: la primera, de Investigaciones Básicas y Clínicas, constituida por las secciones de Biología, Inmunología y Genética; y la segunda, la División de Epidemiología y Prevención, con dos secciones, una de Registro y Seguimiento y otra de Estudios Epidemiológicos y Prevención.

Históricamente, la sección que inició su desarrollo más temprano dentro de la División de Investigación fue la de Inmunología, debido a los avances que venían de la década de los ochenta, en medio de las limitaciones financieras y tecnológicas de siempre. Pero el ímpetu que estimulaba dicha tarea estaba tomando fuerza. La doctora María Mercedes Bravo, microbióloga y miembro del grupo de investigación de biología del cáncer, se refiere a los inicios del Grupo de Inmunología en los siguientes términos:

[...] éramos nada más tres personas en ese momento: el doctor Óscar Orozco, que llevaba más o menos seis meses cuando yo entré (en 1983), una bacterióloga y yo; nosotros en ese entonces hacíamos unos exámenes muy básicos: de inmunología, linfocitos T, linfocitos B, inmunoglobulina. Después se consiguieron tres personas más que estaban haciendo su rural y completamos un equipo de seis investigadores. Éramos poquitos, no teníamos muchos equipos y nos apoyábamos en el grupo del doctor Manuel Elkin Patarroyo, que funcionaba en el Hospital San Juan de Dios, porque el doctor Orozco tenía mucha conexión allá, había hecho su rural en ese equipo, era muy amigo del doctor Patarroyo. Entonces nos prestaban los equipos y de alguna manera nos orientaban. En medio de esa relación empezamos a organizarnos y a tratar de generar resultados de investigación con lo que teníamos. (Entrevista a María Mercedes Bravo 2019)

El médico Juan Manuel Zea dirigió el instituto entre 1986 y 1998, y fue una figura clave en el desarrollo de campañas antitabaco. Ya el INC había planteado un estudio sobre el hábito de fumar a través de una encuesta entre estudiantes de bachillerato y universitarios, miembros de las fuerzas armadas, personal médico, profesores y trabajadores de compañías adscritas al ICSS. En la imagen se ve el modelo de la encuesta. Fotografía arriba: Archivo INC. Imagen abajo: *Boletín del INC*, vol. 2, n.º 3, enero-diciembre de 1972.





En los años siguientes, la investigación de este grupo de inmunología del INC se centró en la producción de anticuerpos monoclonales contra antígenos asociados al cáncer, tomando como modelo el antígeno carcinoembrionario; el apoyo de Colciencias en este proyecto le dio independencia al grupo de inmunología en relación con la Universidad Nacional de Colombia. Los trabajos en el tema del virus del papiloma humano y su relación con el cáncer de cuello uterino, así como los dedicados a la relación entre la infección por *Helicobacter pylori* y el cáncer gástrico fueron centrales en el devenir de este grupo. Entre tan-

Equipo de médicos que acompañó
al doctor Juan Manuel Zea en 1994.
Fotografía: Archivo INC.

to, el Grupo de Genética se afianzó desde 1992, con la creación del Laboratorio de Genética y Oncología Molecular, definido como un área de apoyo al diagnóstico de cáncer que comenzó a liderar la investigación en este terreno, con recursos exiguos. Su papel fue crucial en el diagnóstico del cáncer y se convirtió en centro de referencia nacional e internacional. Sus líneas de trabajo proyectadas para 2003 se ampliaron al efecto genotóxico de sustancias en el crecimiento celular y en la progresión tumoral.

En la década de los ochenta se dieron dos desarrollos destacables: uno en el manejo de las estadísticas y otro en el campo de la docencia. Sobre el primero, pese a que desde 1960 el Comité Nacional de Lucha contra el Cáncer había creado el Registro Nacional de Cáncer, este no se había reglamentado de tal manera que pudiese cumplir un rol efectivo en el terreno de las

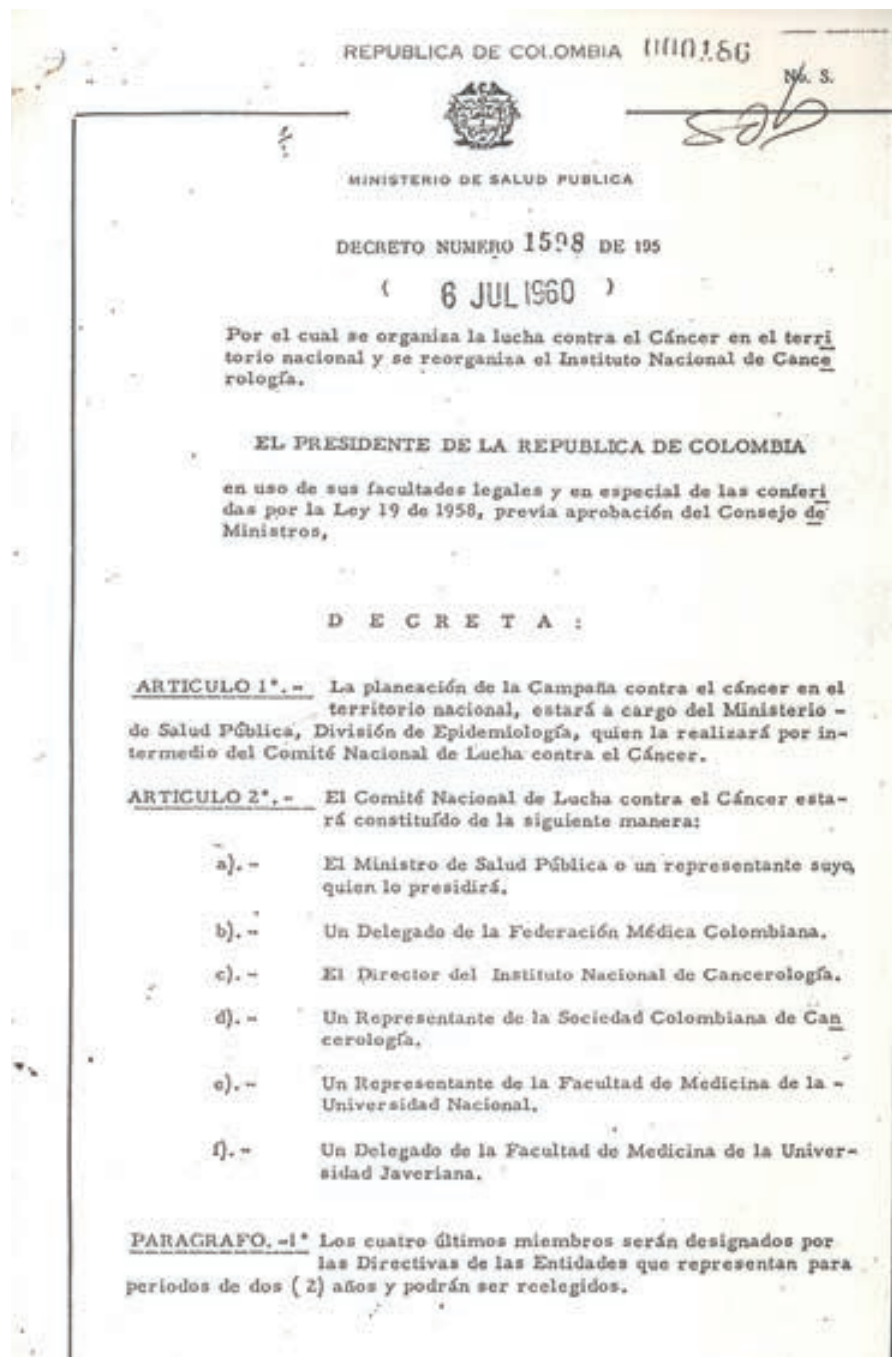


políticas, la epidemiología y la investigación en general. El camino para ello se abrió el 22 de enero de 1988, mediante la Resolución 600 del Ministerio de Salud. De acuerdo con esta norma, la estadística del INC se incorporó como parte del subsistema de información en salud y del PNC con el nombre de Registro Institucional Nacional de Cáncer. Luego, desde 1989, el instituto acogió las normas establecidas por el Ministerio de Salud y se produjo un avance metodológico en la sistematización de la información (Pardo y Posso 2003, 45).

En el segundo campo, el de la docencia, los intentos de formalización de los programas de posgrado de las dos décadas anteriores dieron sus frutos en los años ochenta, a pesar de las dificultades internas y externas derivadas tanto de la reglamentación de las especialidades que venía desarrollando Ascofame desde su creación, como de las aspiraciones económicas y aca-

Izquierda: la de investigación es una de las Divisiones estratégicas del instituto. Fotografía: Archivo INC.

Derecha: el Decreto 1598 del 6 de julio de 1960 había iniciado la organización de la lucha contra el cáncer en el territorio nacional. Archivo INC.





El instituto ha sido objeto de múltiples reconocimientos por su labor. En la imagen se aprecia la medalla entregada por Ascofame como reconocimiento a su trabajo de formación en oncología. Fotografía: Archivo INC.

Página siguiente: el instituto ha realizado campañas y actividades importantes tendientes a disminuir y evitar el consumo de tabaco. Es icónica la campaña «No fumar es la actitud». Fotografía: Archivo INC.

démicas de las universidades que surgían en el marco de este tipo de cooperación interinstitucional. El INC puede mostrar desde su fundación importantes y numerosos resultados en este campo de la formación de especialistas en el dominio del cáncer, pero hay que reconocer que se trata de un tema sobre el cual aún hay muchos obstáculos que superar. En este decenio se puso a consideración de varias universidades el proyecto de creación de un programa de oncología, que finalmente asumió la Universidad El Bosque, en 1985. Luego, entre 1988 y 1990, el instituto se acercó a la Universidad Nacional para obtener el aval de otros programas de especialización. Ante este acercamiento, la Universidad Javeriana se adelantó y decidió conceder aval a los programas el 26 de abril de 1995, exceptuando el de Cirugía de Tórax, del que no se alcanzó a tramitar la solicitud; sin embargo, este programa fue reconocido posteriormente por la Universidad El Bosque.

Este proceso de formalización de la docencia y la formación especializada fue revelando que, con excepción de los oncólogos clínicos, los demás especialistas del instituto no contaban con un título efectivo y acorde con la legislación que existía al respecto. De manera que, como narran Llamas y Cadena (2004), la Oficina de Educación Médica del INC implementó un acuerdo con la Universidad Javeriana para conceder el título de especialistas a 140 médicos y, además, se homologaron los títulos de 85 profesionales dispersos por el país quienes, pese a su formación, no contaban con el título correspondiente. Vale la pena destacar que el primer titulado en Oncología Clínica fue el doctor Luis Carlos Martínez, en 1988, que tuvo el aval de la Universidad El Bosque. Para el reconocimiento de este programa de Oncología Clínica, el instituto había adelantado un proceso ante Ascofame, iniciado en el decenio anterior.



NO FUMAR ES LA ACTITUD

Al avance en el proceso de formación profesional lo acompañó un auge importante de los programas de salud pública en materia del cáncer como continuidad de los esfuerzos emprendidos en la década anterior. Así, en los años ochenta, el Ministerio de Salud creó el Programa Nacional para la Detección y Diagnóstico Temprano de Cáncer de Cuello Uterino y el Programa Nacional para el Control del Tabaquismo, y para ello designó al INC como organismo rector y director de estos dos programas. De esta manera se logró una estructura vertical consolidada y se establecieron convenios para actividades con treinta seccionales de salud y siete municipios.

En la década de los ochenta se dieron dos desarrollos destacables en el INC: uno en el manejo de las estadísticas y otro en el campo de la docencia.

Respecto a la prevención del tabaquismo, el Ministerio de Salud creó en 1984 el Consejo Nacional sobre Cigarrillo y Salud (Conalci), con representación de diferentes organismos estatales y no gubernamentales. Su objetivo principal era orientar las políticas para controlar el tabaquismo e iniciar acciones para prevenir el consumo del cigarrillo. El Conalci luego desapareció, y para 2006 no existía una política definida, lo que se refleja en el fracaso de al menos tres proyectos de ley contra el tabaco



antes de la segunda década del siglo XXI. Sin embargo, esta labor le significó al INC, en 1996, la condecoración por parte de la OMS con la medalla «Tabaco o Salud».

Todos estos adelantos en materia de investigación, formación y salud pública dentro del instituto contrastaban con la crítica situación que atravesaba el país y el SNS. Además, fuertes vientos de cambio comenzaban a soplar en el mundo y demandaron nuevos ajustes en el campo sanitario. La caída del Muro de Berlín, en 1989, señalaba el fin de la Guerra Fría y el inicio de una nueva era en la cual el sistema de las Naciones Unidas comenzaría a debilitarse, y organismos como el Banco Mundial desplazarían a la OMS y a la OPS en la construcción de agendas para los sistemas de salud en las naciones en desarrollo.

En el plano económico y social, el modelo de los estados de bienestar continuó perdiendo espacio, pues su desmonte gradual se aceleraba, así como perdía espacio y se desmontaba el pensamiento keynesiano que había favorecido el papel del Estado frente al mercado. No importaban sus buenos resultados en la reconstrucción de la Europa de la segunda posguerra; tampoco los avances, relativos pero significativos, debidos a su versión del Estado interventor en América Latina. Iban ganando cada vez más espacio las ideas de Milton Friedman y Friedrich von Hayek, el llamado «padre del neoliberalismo», con las cuales se intentaba poner de nuevo al mercado en el centro,

reducir el papel del Estado en su rol de proveedor y regulador de bienes y servicios, abrir los mercados y privatizar todos los aspectos de la vida social susceptibles de pasar a manos privadas, incluyendo ahora la salud, la educación, la seguridad social y la misma protección social.

Este discurso penetró en la tecnocracia colombiana de finales de los años ochenta del siglo XX y se apoyó en la crisis del Estado, que no encontraba salida. Ello era particularmente notorio en relación con la inestabilidad del sector de la salud en el país. Los pobres resultados del SNS en materia de coberturas, acceso y calidad; el fracaso de la coordinación propuesta por la Ley 9 de 1973; los escándalos de ineficiencia y corrupción del Seguro Social, y los intentos frustrados entre 1987 y 1989 para una reestructuración del sector de la salud crearon las condiciones para una nueva reforma en este campo. Una reforma que coincidió con la macrotransformación del Estado propuesta por la Constitución de 1991.

El discurso del neoliberalismo tiene sus bases en las ideas de Milton Friedman y Friedrich August von Hayek (en la foto). Este aboga por la reducción del papel del Estado, la apertura de los mercados y la privatización. Estos principios riñen con las teorías del bienestar social y reducen la salud, por ejemplo, a un tema de mercado. Fotografía: Flickr. Creative Commons.



**Misael Pastrana
Borrero**

Presidente de la República
(agosto 1970 – agosto 1974)

- Se funda el laboratorio de Biología Experimental, el cual fue equipado con la primera unidad de microscopía electrónica de Colombia.



1973

- Se crea la División Administrativa y los grupos de compras y gastos.
- Se publica el artículo «Aspectos psicológicos del manejo de pacientes con cáncer», del doctor Mario Gaitán Yanguas.



**Alfonso López
Michelsen**

Presidente de la República
(agosto 1974 – agosto 1978)

1971

- Se inicia la construcción del tercer edificio, destinado a la hospitalización.
- Se inaugura la Sección de Quimioterapia.
- Nace el grupo de Medicina Nuclear.
- El manejo de los radioisótopos pasa a ser parte de Medicina Nuclear.
- Se introduce un estudio funcional previo de pacientes sometidos a cirugías de amputación.
- Se inicia el uso de la cirugía plástica para el manejo de defectos físicos dejados por el tratamiento quirúrgico del cáncer.



- Llegan los primeros gammágrafos lineales y se obtienen las primeras imágenes de tiroides, hígado y esqueleto.

1974



Julio Ospina

Director del INC
(octubre 1974 – agosto 1986)

- El Gobierno nacional modifica las funciones del instituto: «Servir de ejecutor de los programas y actividades de la lucha contra el cáncer y enfermedades afines en todo el territorio de la República».
- Se introduce el enfoque de cirugía «menos radical» del cáncer de seno.
- Inicio de la especialización de Seno y Tejidos Blandos.
- Se inicia el Programa de Osteosíntesis.

- Se establecen importantes intercambios y convenios científicos e investigativos con instituciones afines en Francia, Argentina y Estados Unidos.
- Se crea la especialización de Oncología Clínica, una de las más exitosas del país.

1975

- Se inicia el Primer Plan Nacional del Cáncer (financiado por el Gobierno francés). Este cambia la atención de la enfermedad en Colombia, implementa la descentralización de la asistencia oncológica y con él se identifican las zonas de más afectación por cáncer en el país para ajustar la oferta de especialistas por regiones y dotar las instituciones hospitalarias.



- El INC recibe la Orden de Boyacá en grado Cruz de Plata.



- Se cumplen 40 años del INC. Se publica un relato histórico escrito por el doctor Gaitán Yanguas.

1976



- El Instituto lanza el Programa Nacional para el Control del Cáncer, que busca la descentralización de los servicios para pacientes con esta enfermedad, a través de la creación de 8 unidades de atención en diferentes ciudades del país, con hospitales universitarios y servicios de salud bien estructurados. Esas unidades fueron creadas y equipadas para prestar servicios de medicina nuclear y radioterapia, además de cirugía y otras especialidades médicas.

- Apertura de la sala de Hospitalización Pediátrica.



- Inicio de la Especialización de Medicina Nuclear. Se instalan las primeras Gammacámaras.

1977

- Inauguración del nuevo Hospital del Instituto.
- Se inaugura el servicio de Urología.
- Creación del servicio de Cabeza y Cuello.
- Inauguración de la sección de Oncología Pediátrica.



- Se inaugura la Unidad de Cuidados Intensivos.
- Se crea el servicio de Terapia Respiratoria para asistencia al paciente hospitalizado.
- Se establecen convenios de investigación clínica entre el instituto, la OPS y entidades similares en Estados Unidos.



**Julio Cesar
Turbay Ayala**

Presidente de la República
(agosto 1978 – agosto 1982)

- Inauguración del Servicio de Dermatología.
- Creación del grupo de Oncología Clínica.

1979

1978

- Primeras reuniones de consenso sobre el manejo de las principales patologías oncológicas.



- Apertura de las especialidades de Fonoaudiología y Fisioterapia Oncológica.



- Obtención del aval universitario para los programas de las 16 especializaciones oncológicas, por la Pontificia Universidad Javeriana.

- Se realiza la primera reconstrucción quirúrgica de seno.

1982

1980



- Inicio de la construcción de la cuarta edificación para los servicios de Radioterapia, Salas de Espera, Medicina Nuclear, Biblioteca y Auditorio.

- Creación del Grupo de Trabajo Social.

- Inicio de la subespecialización de Oncología Ortopédica.



- Reinicia la circulación semestral de la revista del instituto.



Belisario Betancur Cuartas

Presidente de la República
(agosto 1982 – agosto 1986)



- Creación del grupo de investigación en Biología del Cáncer del INC, que trabaja en diferentes líneas relacionadas con la biología tumoral.

1983



- Compra del primer acelerador lineal con una energía de 6 MeV.

- Se declara el año de la «Lucha contra el cáncer».
- Celebración de los 50 años del INC con la realización del VII Simposio Anual sobre Cáncer.
- Aumento en el número de investigaciones sobre temas relacionados con el cáncer.
- Creación de los programas de alimentación parenteral, diálisis peritoneal, asistencia ventilatoria mecánica y terapia respiratoria intensiva.
- Actualización del Plan Nacional del Cáncer.
- Aparición de publicaciones especializadas y bibliografías de trabajos científicos.

1984



- Condecoración José Celestino Mutis. Ministerio de Salud.



- Adquisición de dos aceleradores lineales Mevatrón para radiaciones.

1986



**Juan Manuel
Zea Gutiérrez**

Director del INC
(septiembre 1986 – julio 1990)



Virgilio Barco Vargas

Presidente de la República
(agosto 1986 – agosto 1990)

- Se adquieren cámaras de centelleo o gammacámaras para diagnóstico.
- Inicio de contratos de mantenimiento de todos los equipos y de la tecnología adquirida.
- Inauguración de los servicios de Cirugía Plástica y la Clínica del Dolor.
- Creación del Grupo de Neurología.
- Segunda reunión del consenso de expertos en el manejo de las patologías oncológicas.

1988

- Se define la División de Investigaciones y se crean la secciones de Biología, Inmunología y Genética.
- Inauguración de las secciones de Registro y Seguimiento, de Estudios Epidemiológicos y de Prevención.

- Se llevan a cabo intentos de reestructuración del sistema de salud.
- La estadística del INC se incorporó como parte del subsistema de información en salud y del Plan Nacional de Cáncer con el nombre de Registro Institucional Nacional de Cáncer. Desde 1989, el instituto acogió las normas establecidas por el Ministerio de Salud y se produjo un avance metodológico en la sistematización de la información.

1989

- Caída del Muro de Berlín.



- Afianzamiento de las campañas de prevención antitabaquismo.





CAPÍTULO 8

El instituto en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud, 1990-2019

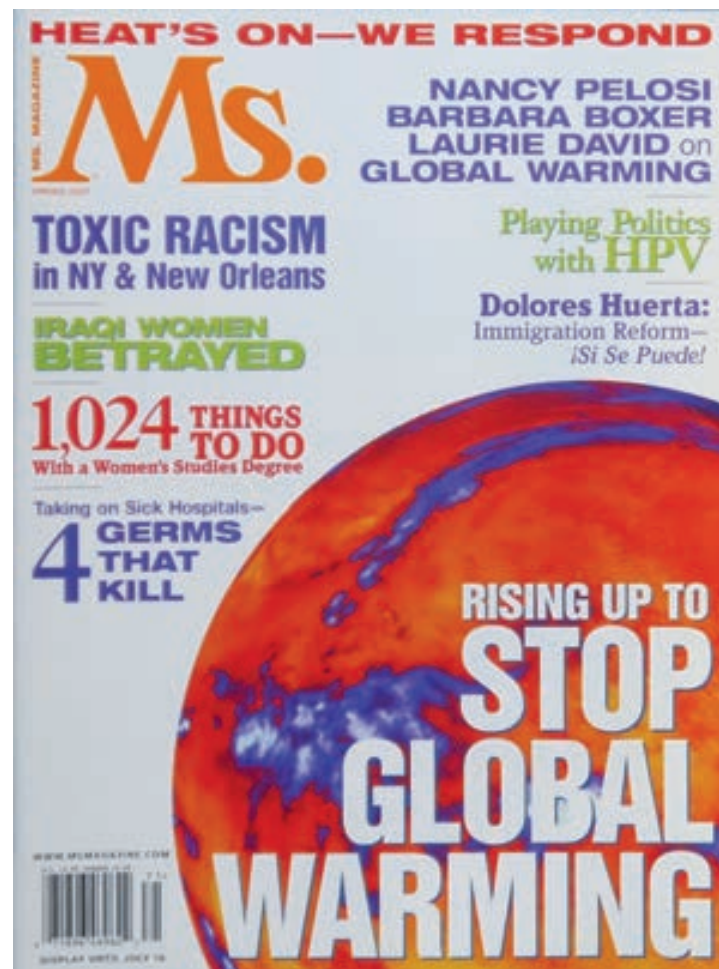
EN 1990 TERMINÓ LO QUE EL GRAN HISTORIADOR DEL MUNDO MODERNO ERIC HOBSBAWN llamó el «siglo xx corto» (1998, 10), un concepto que tomó de su colega húngaro Ivan T. Berend. Según ellos, este siglo corto iría de 1914 a 1990, y no del año 1900 al 2000, como lo definen los calendarios oficiales, y estaría comprendido entre el fracaso de dos ilusiones: por una parte, el estallido de la Primera Guerra Mundial, la cual mostró que las conquistas del siglo XIX, considerado como la centuria del progreso, alimentaron la primera confrontación tecnológica de la historia (con aviación, artillería pesada, gas mostaza, etc.); de otro lado, el desplome de la Unión Soviética, con los países que nacieron y actuaron bajo su órbita, lo que significó la frustración de una utopía. Con este colapso finalizaba la guerra fría entre capitalismo y socialismo y parecía desvanecerse la amenaza de una conflagración nuclear. Para los espíritus más optimistas se abría la posibilidad de un mundo reconciliado y mejor preparado para solucionar los grandes problemas que aquejaban a la humanidad en ese momento. También se pensó que la nueva situación era propicia para aprovechar colectivamente, y con una menor asimetría internacional, los grandes avances alcanzados en la ciencia y la tecnología a lo largo del siglo XX. El mundo globalizado y los países que lo integraban entraban así

La caída de la antigua Unión Soviética marcó el fin de la Guerra Fría. Fotografía: Cordon Press.



en la «historia presente», la que compete a la contemporaneidad más cercana, la de los sujetos históricos vivos. Una historia muy difícil de entender y valorar sin la distancia temporal necesaria para el ejercicio de una mayor objetividad.

A pesar de que no faltan los signos de esperanza, la guerra —el eterno jinete apocalíptico— sigue presente en no pocos países y regiones del mundo y no se descarta del todo un nuevo conflicto de dimensión mundial. El espíritu bélico —que desde el siglo xvii había encontrado un nicho en las grandes religiones monoteístas y los nacionalismos— se había reforzado a finales del siglo xx y poco a poco se fue instalando en la economía, armado ahora de una tecnología con visos de ciencia ficción. La multilateralidad de buena voluntad, como forma civilizada de gestionar los problemas del planeta, no se vislumbra como una opción posible. Las tensiones entre las potencias continúan, al igual que los obstáculos puestos por los dueños del poder para llegar a acuerdos globales frente a problemas tan graves como el cambio climático, la crisis ecológica, la seguridad alimentaria y las imparable migraciones que alimentan la xenofobia, el racismo y el sufrimiento humano.



Izquierda: las guerras siguen definiendo el presente y el futuro de muchos países en el mundo. Fotografía: U.S. Army Photo. Sargento Tierney Nowland. Wikimedia Commons.

Derecha: el calentamiento global es un tema central en discusión sobre el futuro del planeta. Fotografía: cubierta de *Ms magazine* dedicada al tema, en 2007. Wikimedia Commons.

A pesar de que no faltan los signos de esperanza, la guerra sigue presente en no pocos países y regiones del mundo.

A todo ello se suman dos procesos importantes para la salud global. De una parte, la aparición de nuevas enfermedades difíciles de tratar como el Sida, el ébola, el Síndrome Respiratorio de Oriente Medio (MERS), el Síndrome Respiratorio Agudo Grave (SARS) o la reciente covid-19, que debido a los procesos de globalización y al cambio climático se ha convertido en una pandemia, poniendo en jaque la capacidad de respuesta de los sistemas de salud. Por otra parte, el cambio en el perfil epidemiológico de los países de ingresos medios y altos, en los que comienzan a predominar las enfermedades crónicas sobre las infectocontagiosas, lo que supone un desafío para la sostenibilidad financiera de los sistemas de salud.

Estos retos enormes, que no se enfrentan de forma mancomunada y decidida, como es deseable, contribuyen al incremento de las desigualdades entre las diferentes zonas del planeta, entre los países y a su interior. Las consecuencias negativas de esta situación son evidentes en el mejoramiento de las condiciones de vida en general, así como en el disfrute físico y espiritual de los bienes que ha logrado la humanidad y que son patrimonio de todos, así hayan sido privatizados con base en las doctrinas económicas dominantes.

Según el último libro de Thomas Piketty, todas las sociedades —desde las esclavistas hasta las «poscoloniales y las hiper-

capitalistas modernas», incluidas también las que se han llamado socialistas— han sido inequitativas en diversos grados y los grupos dominantes no han ahorrado esfuerzos en justificar y acrecentar estas desigualdades en beneficio propio. Entre 1980 y 1990, la inequidad inicia un notorio ciclo de crecimiento, acompañándose de «un relato hiperdesigualitario» que los ámbitos académicos y mediáticos de una buena parte del planeta han convertido en sentido común. Desde allí, este discurso se ha trasladado a la «opinión pública» y a las poblaciones que la sufren. Se trata de un relato «propietarista, empresarial y meritocrático» que difunde la idea de que en la nueva realidad de finales del siglo xx y lo que va corrido del xxi, la desigualdad se daría en un ámbito de libertad en el que todos los ciudadanos tendrían las mismas oportunidades para acceder a los mercados, la propiedad y el bienestar. La solución estaría en el emprendimiento —palabra sagrada— y la disposición mental para superarla.¹ En oposición a esta solución, el mismo Piketty plantea que lo que se debe hacer es luchar por extender la igualdad y la educación, únicas vías para avanzar en el progreso humano. Sacralizar la propiedad y la estabilidad, e incluso la desigualdad, no es el camino (2019, 10-14).

La ideología que trata de justificar la desigualdad tiene raíces históricas. Proviene de los primeros años del siglo xix, cuando el mundo experimentó las consecuencias del hundimiento del

1 Véase Alvaredo et al. (2018), *Rapport sur les inégalités mondiales* (París: Seuil; versión sintética en <http://wir2018.wid.world>). El 26 de enero de 2020 el periódico *El Tiempo* de Bogotá presentó en su primera página un inquietante y sustentado informe elaborado por la Organización de las Naciones Unidas, Oxfam y el Foro Económico Mundial, bajo el título «Desigualdad en el mundo fuera de control».



ancien régime, gracias a la Revolución francesa. Y se reeditó con fuerza a finales del siglo xx, aprovechando el desastre del campo socialista. Uno de los rasgos más sobresalientes del «relato hiperdesigualitario» actual es la culpabilización de los pobres, que no aparecía tan abiertamente en otros momentos históricos. Llama la atención una constante de vieja data: la mayoría de las élites en todas las sociedades tienden a justificar las desigualdades, al punto de desarrollar argumentos que afirman que existen razones naturales, y hasta divinas, para explicarlas, aceptarlas, consagrarlas e incluso preservarlas por la fuerza de los Estados. En este marco ideológico dominante se encuentra

La desigualdad ha aumentado en el mundo, haciendo que cada vez más personas estén en la línea de pobreza o por debajo de ella. Fotografía: Pixabay.

la nación colombiana, al parecer por la adecuación de sus élites y de los propios ciudadanos a dicho marco, aunque no falten las voces que disienten de esta situación. Piketty (2019) señala que la desigualdad, hoy en día, no solo es económica y tecnológica, sino también política e ideológica.

Precisamente, al final del decenio en que se produjo el viraje hacia el incremento de la desigualdad mundial, Colombia se orientó hacia la construcción de una nueva Constitución (la de 1991), que abría las compuertas para generar un clima más propicio a la democracia y al avance de la equidad social y del igualitarismo. Se trataba de un punto de inflexión, como se dijo entonces, cuyo objetivo era superar muchos de los obstáculos que impedían entrar definitivamente por el camino de la modernidad y de un verdadero Estado de derecho en un marco nacional efectivo e incluyente en lo social, lo cultural y lo étnico. En muchos frentes se ha avanzado, en otros no se percibe el cambio y no faltan aquellos que hablan de retrocesos. Siguen presentes algunas contradicciones fundamentales que se han señalado en los apartados contextuales de este libro. Destacados analistas de la economía y la sociedad han precisado esta situación. Tal es el caso de Salomón Kalmanovitz, quien en su reflexión sobre el siglo xx afirma que «la economía colombiana mostró una clara tendencia a la desindustrialización» desde 1974 en medio de un «proceso, caracterizado por la pérdida relativa de peso de la industria en el conjunto de la economía» (2019, 278).

En efecto, el crecimiento anual de la industria pasó de un índice del 7,5 para el periodo 1929-1973 al 0,8 para 1999-2001 y del 2,6 para el intervalo 2002-2017, un índice que debe ser mejorado si se quieren alcanzar los estándares macroeconómicos y de soberanía convenientes. Y esto en medio de una economía política agropecuaria desarticulada que se mueve al vaivén de

los intereses de sectores empresariales nacionales e internacionales los cuales se desentienden de los problemas centrales de la propiedad de la tierra, el cuidado de la naturaleza y el papel de la mediana y pequeña producción campesina en la economía nacional. A ello se suma el gran problema de la inadecuada tributación de las grandes propiedades del campo (y también de la economía comercial y financiera) y su falta de modernización técnica y social.

Esta situación se ha dado en paralelo con la decisión de privilegiar la explotación de los recursos mineros y petroleros, desdeñando la promoción de la agricultura y la industria en sus variadas potencialidades dentro del panorama nacional e internacional. No pocos analistas consideran que poseer abundantes recursos mineros y petroleros constituye una especie de «maldición» para los países periféricos, sobre todo cuando estos «carecen de una organización social democrática que canalice productivamente las rentas generadas por tales recursos» (Kalmanovitz 2019, 282). Como se ha visto en países de América Latina y de otras latitudes, tales rentas han propiciado la dependencia, la corrupción, el fortalecimiento de las delincuencias, el espejismo del enriquecimiento fácil, la destrucción de la naturaleza, además de la desindustrialización. Especialmente notorio ha sido el fenómeno del narcotráfico que ha tenido un peso específico significativo, no solo en la alteración y la perversión de la economía, sino en el funcionamiento institucional y político. Este fenómeno ha potenciado y financiado una violencia endémica que ha afectado seriamente al conjunto de la población en los últimos cincuenta años.

La dificultad que entraña el reparto de la tierra, que se ha movido entre el minifundio y la mediana propiedad, por un lado, y el latifundismo y el acaparamiento de tierras, por otro, es parte fundamental de esta problemática y de su vínculo —como lo reconocen tirios y troyanos— con el conflicto armado que ha vivido Colombia desde mediados del siglo xx. A la resolución de este conflicto, desde diversas ópticas políticas, ideológicas, diplomáticas y militares, así como de derechos humanos y sociales, se han dedicado los presidentes del país en lo que va corrido del siglo xxi. Andrés Pastrana Arango (1998-2002) intentó negociar con las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia (FARC) en un proceso que terminó abruptamente y con acusaciones mutuas en relación con sus causas. Según Pastrana, la firma del Plan Colombia con los Esta-



Arriba: el problema de la tierra ha determinado la dinámica social colombiana.

Abajo: la lucha contra el tráfico de drogas ha dejado un saldo incalculable en vidas humanas. Fotografía: Policía Nacional de Colombia. Creative Commons.

dos Unidos, que se derivó de esta situación, fue el comienzo del fin de esa guerrilla. Álvaro Uribe Vélez (2002-2010) dedicó sus esfuerzos a crear las condiciones políticas, militares y estratégicas para derrotar a las FARC y obligarlas a entregar sus armas al Estado. Una gestión que el establecimiento le reconoce, pues habría desprestigiado a los guerrilleros y los habría forzado a entrar en negociaciones de paz con el Gobierno de Juan Manuel Santos (2010-2018), que lo sucedió. Santos emprendió el proceso de paz de La Habana, el cual estuvo marcado por la oposición de algunos sectores sociales y de importantes dirigentes de las élites que lo consideraban la entrega del país a la insurgencia.

Firmada la paz y entregadas las armas por parte de la guerrilla de las FARC, el país terminó polarizado entre los partidarios de este proceso y los que consideraron como una claudicación los acuerdos firmados. Lo cierto es que la paz ha sido esquivada, pues se ha reactivado la violencia de tintes políticos, no ha disminuido el paramilitarismo y muchos líderes y lideresas sociales, así como defensores de los derechos humanos y del medioambiente han sido asesinados. Los acuerdos que abrían compuertas para solucionar en parte los problemas que impedían avanzar hacia un país menos inequitativo, más moderno y democrático, no se han cumplido plenamente y la violencia se ha recrudecido. No obstante, y a pesar de las discusiones y las polarizaciones, un viento de paz y reconciliación, así como de progreso social y humano, sopla cada vez más fuerte, como para pensar en un futuro mejor no muy lejano en el tiempo. Quizás con el avance del siglo XXI logre Colombia convertirse en una patria para todos que se mueva al ritmo de la paz y el progreso y que avance en la disminución de la desigualdad.

PRIMEROS CAMBIOS EN LA SALUD Y LA SEGURIDAD EN COLOMBIA EN LOS AÑOS NOVENTA

Uno de los efectos más llamativos y hasta curioso del fin de la Guerra Fría en el campo de la salud en el mundo tuvo lugar en diciembre de 1990 cuando el entonces ministro de Salud, Camilo González Posso, anunció que Colombia entraría en la era de la salud antiatómica a partir de 1991, al recibir siete de los 1200 hospitales antinucleares que se distribuirían en distintos países. Dichos centros se habían instalado en túneles previstos como refugios durante los últimos años de la Guerra Fría. En realidad, se trataba de hospitales normales, adaptados a una probable situación de guerra y que ahora funcionarían como instituciones regionales para la prestación de servicios generales en el país. La donación era parte de los acuerdos políticos de distensión mundial suscritos por los Estados Unidos y la Unión Soviética, y los siete entregados por el país del Norte a Colombia, con un costo aproximado de diez millones de dólares, serían ubicados en las zonas más pobres. El primero se situaría en Tumaco («Traerán hospitales antiatómicos» 1990, 6A). No hay certeza sobre la entrega de estos hospitales, pero su anuncio generó esperanzas en un contexto de necesidad de centros asistenciales, mala distribución de los que existían y crisis hospitalaria producto de un déficit de 3600 millones de pesos, de los cuales el 40 % correspondía al Hospital Universitario Evaristo García de Cali. La ausencia de recursos se manifestaba con particular intensidad en los departamentos de Atlántico y del Cauca, como lo registró la prensa de la época. Además, el futuro no era prometedore: en 1991 se anunciaba un recorte presupuestal en el sector de la salud debido al ajuste fiscal propuesto por el Gobierno de

Tres de los centros asistenciales estarán ubicados en el suroccidente

Traerán hospitales antiatómicos

Colombia gestiona la nacionalización y el transporte de equipo tecnológico. El primer hospital antiatómico estará en Tumaco. El Ministro de Salud dice que el déficit del sistema hospitalario es de 3.000 millones de pesos

Por JOSÉ GREGORIO PÉREZ V.
Corresponsal de EL TIEMPO

Colombia entrará en la era mundial de la salud antiatómica a partir de 1991. Siete de los 1.200 hospitales antinucleares distribuidos en todo el mundo serán donados al país por parte de Estados Unidos. Tres de estos centros se instalarán en el suroccidente colombiano.

Así lo dio a conocer en Cali el ministro de Salud, Camilo González Posso, quien dijo que el costo de los hospitales es de diez millones de dólares.

"El proyecto se enmarca dentro de los acuerdos políticos de distensión mundial suscritos por Estados Unidos y la Unión Soviética. Para Colombia serán donados siete de esos hospitales que fueron instalados en túneles antiatómicos durante los últimos años de la guerra fría. El Ministerio de Salud y la Presidencia de la República están realizando todas las gestiones para formalizar la donación, nacionalizar los equipos disponibles y ubicarlos en las zonas más pobres del país, donde no alcanzan a llegar los servicios de atención institucional. El primero de ellos estará en la población nariense de Tumaco", dijo González Posso.

Los hospitales, que fueron diseñados e instalados para atender una emergencia en caso de una guerra nuclear, contarán con equipo e instrumentos de

Atlántico: emergencia hospitalaria

Barranquilla

El director seccional del Servicios de Salud del Atlántico (Servisalud), Wulfgan Munar, anunció que a partir del lunes el sistema hospitalario y los centros de salud de Barranquilla serán cerrados por falta de elementos para la atención.

"La situación es grave, de emergencia. No tenemos cómo afrontarla y por eso estamos divulgando la lista de las cosas que necesitamos, como jeringas, esparadrapo, algodón y antibióticos. Necesitamos que alguien nos obsequie estos elementos", dijo Munar.

Agregó que en la sesión del Consejo Departamental de Salud, la cual se efectuará hoy, propondrá la declaración de emergencia sanitaria

en Barranquilla. Así se buscarán los recursos que permitan mantener abiertos los hospitales públicos en este fin de año.

Munar pidió a la ciudadanía no acudir a los hospitales General y Universitario, por ahora, sino a los puestos de atención primaria, con el fin de aprovechar los "escasos recursos que aún tenemos" en esos sitios.

Munar aseguró que hace dos meses le informó al entonces ministro Antonio Navarro que se requerían 790 millones de pesos. Sin embargo, solo apropiaron 64 millones de los siete mil millones de pesos de que disponía. Por lo tanto, los recursos enviados se destinaron a pago de personal.

alta tecnología, los cuales permitirán atención rápida y oportuna entre las comunidades marginadas más pobres, y serán administrados por personal de las unidades regionales de salud de todo el país.

Los demás hospitales serán destinados a naciones de África y el sureste asiático.

González Posso presidió los actos de presentación del Proceso de Municipalización de la Salud de Cali, el cual fue realizado por la Secretaría de Salud Pública municipal. Igualmente, participó en la sanción del acuerdo municipal mediante el cual fue creado el fondo local de salud, organismo en donde converge

rán los recursos nacionales, regionales y municipales para financiar todo el trabajo del sistema de salud de la capital vallecaucana.

Por otra parte, el Ministro dijo que el déficit hospitalario colombiano asciende a 3.600 millones de pesos, de los cuales el cuarenta por ciento corresponde al Hospital Universitario Evaristo García de Cali.

El sistema de salud del Valle afronta un faltante de ocho mil millones, especialmente en el sector de funcionamiento y suministro.

Para atenuar este déficit, tanto el Gobierno nacional como el departamental han anticipado transferencias de rentas territoriales por dos mil millones de pesos.

González Posso dijo también que para este año la salud hospitalaria sufrirá la purga presupuestal causada por la política de ajuste fiscal que decretó el Gobierno para disminuir los índices de inflación.

"Esperamos que para comienzos de 1991 el déficit de presupuesto que afronta la red hospitalaria vaya disminuyendo con las transferencias y adiciones que el Gobierno hará para programas de infraestructura y dotación tecnológica. Lógicamente, las regiones también deben hacer un esfuerzo para atender las necesidades locales", concluyó el Ministro.

César Gaviria Trujillo (1990-1994) para disminuir los altos índices de inflación del país, que vivía una crisis económica, social y política («Estricto plan de ajuste financiero» 1991, 8A).

El presidente Gaviria había llegado al poder tras el asesinato del dirigente del Nuevo Liberalismo, Luis Carlos Galán Sarmiento, perpetrado el 18 de agosto de 1989, por el narcotráfico en alianza con algunos sectores de la clase política. Inscrito en un marco de asesinatos de dirigentes de izquierda y de los partidos tradicionales, el sacrificio de Galán suscitó un malestar nacional que se sintió en los meses siguientes. En ese contexto, César Gaviria Trujillo tomó las banderas de Galán y fue elegido como presidente de la República. Él llegó decidido a llevar a cabo el ajuste estructural, en clave neoliberal, que venía proponiendo el Banco Mundial desde los años ochenta bajo distintos



César Gaviria Trujillo fue presidente de Colombia entre 1990 y 1994. Fotografía: Alexandre Campbell. Foro Económico Mundial, 2009.

lineamientos y en sectores específicos. Desde esas premisas, hubo transformaciones radicales entre el mercado y el Estado que impactaron notablemente en el sector de la salud. El primero de estos cambios fue la Ley 10 de 1990, que contenía los elementos básicos para el rediseño de un Sistema Nacional de Salud afectado por la crisis de los hospitales, escasas coberturas, procesos de corrupción en el Instituto de los Seguros Sociales, desarticulación de sus subsectores y un desfinanciamiento general que tendía a ser crónico. Con esta ley se trataba de solucionar las deficiencias acumuladas del sector salud e impulsar la tendencia descentralizadora, animada por las orientaciones y presiones del Banco Mundial.

La Ley 10 incluyó principios importantes para reorientar la organización de los servicios de salud en el país, entre ellos la universalidad en el acceso; la equidad en la distribución del costo social que demandaba su suministro; el acercamiento al individuo, a la familia y a la comunidad; el control especial sobre los grupos en riesgo de la población; el desarrollo de un nuevo esquema de prestación y de un nuevo modelo de atención, y la participación de la comunidad en la gestión y apropiación de sus condiciones de salud. Así mismo, fueron transformaciones de esta reforma la implementación de la Atención Primaria en Salud, la descentralización, la búsqueda de nuevas fuentes de financiación y la reorganización de la administración del personal de los hospitales y de los servicios seccionales de salud, incorporándolos masivamente a la carrera administrativa.

Tres elementos adicionales se incluyeron en el articulado de esta ley en relación con los trabajadores: **1)** la afiliación obligatoria de los funcionarios a la seguridad social para lo cual propuso revisar el pasivo prestacional del sector; **2)** la autorización para crear fondos seccionales de cesantías y otras prestaciones

extralegales, lo que se tradujo en la creación de 33 fondos coadministrados por los funcionarios del sector, y 3) una propuesta de liquidación de fundaciones insolventes y los lineamientos para modernizar la gestión hospitalaria, en una nueva concepción de integración, no en términos de un sistema hospitalario, sino de un sistema de salud más integral. Esta ley buscaba, adicionalmente, crear un mecanismo general de sanciones y premios —cuyo fin era mejorar el desempeño de los trabajadores del sector— y reorganizar el Ministerio de Salud. Las expectativas respecto de la Ley 10 de 1990 eran enormes, pero solo un año después vino otra gran transformación que no dio mucho tiempo para que el Estado la implementara: la convocatoria de la Asamblea Constituyente de 1991, que generó una nueva Carta Magna para el país. Siguiendo los intentos de administraciones anteriores (Alfonso López Michelsen, Julio César Turbay Ayala, Belisario Betancur y Virgilio Barco), el Gobierno de César Gaviria logró finalmente dar un paso decisivo para diseñar una nueva Constitución que remplazara la ya obsoleta de 1886.

Las causas que originaron este proceso fueron diversas. En primer lugar, desde el Gobierno de López Michelsen todos reconocían la inoperancia de la Constitución de 1886 para enfrentar las nuevas realidades del país de fines del siglo xx. En segundo lugar, el proyecto neoliberal requería un ajuste estructural en el Estado, destinado a facilitar las condiciones para promover un régimen de acumulación de financiarización que dejara atrás el modelo de industrialización por sustitución de importaciones. En tercer lugar, la crisis que venía viviendo el país por cuenta del narcotráfico, el conflicto armado, el paramilitarismo y la desinstitucionalización en algunos sectores reclamaba una solución de fondo. Por último, el proceso de paz con la guerrilla del M-19 durante el Gobierno de Virgilio Barco, su desmovilización el 8 de marzo de 1990 y la desmovilización parcial del Ejército Popular de Liberación, en 1991, desembocaron en la necesidad de una nueva Constitución que apoyaron tanto el movimiento juvenil y estudiantil de la Séptima Papeleta como diversos movimientos sociales y grupos étnicos. Esta múltiple convergencia favoreció el proceso de 1991, que culminó con una Constitución que algunos han calificado de bifronte. Por una parte, cargada de amplios derechos y mecanismos novedosos para garantizarlos; por otra, con los respaldos necesarios para una reforma neoliberal que, paradójicamente, terminó debilitando de alguna manera los derechos reconocidos.



El narcotráfico, el conflicto armado, el paramilitarismo y la desinstitucionalización en algunos sectores reclamaban una solución de fondo para el país. La Asamblea Constituyente de 1991 fue la respuesta.

La Ley 10 de 1990 incluyó principios importantes para reorientar la organización de los servicios de salud en el país.

En el campo de la salud, la nueva Constitución tuvo tres consecuencias específicas: la primera de ellas quedó reflejada en el artículo 48, que estableció la seguridad social como un servicio público que podrían prestar entidades públicas o privadas, lo cual en la práctica abrió la puerta a la privatización de la salud en un mercado de competencia regulada. Esta sutil modificación conceptual entraba en tensión con el marco constitucional general que establecía explícitamente el derecho a la salud y a los mecanismos para protegerlo. La segunda consecuencia estaba inscrita en el artículo 49, en el cual se establecía de manera explícita que la salud y el saneamiento ambiental eran servicios públicos, ambos susceptibles de privatización. Y la tercera fue la inclusión de un artículo transitorio, por medio del cual se convocaba a diferentes sectores sociales interesados en la discusión sobre seguridad social a conformar una comisión encargada de elaborar una propuesta que, máximo en 360 días, debía convertirse en una ley para dar forma a un nuevo sistema de salud. La fuerte presencia de sectores empresariales, tecnócratas, economistas y miembros del partido de Gobierno en esta comisión, casi todos afines a la idea de la privatización de la salud, contribuyó a la postre a reafirmar la naturaleza promer-

cado que adoptó el sector en los siguientes años. De este modo, la Constitución abonó el campo a una reforma estructural del sistema de salud y la seguridad social que planteó nuevos cambios y ajustes que incluyeron también al Instituto Nacional de Cancerología. La lógica privatizadora y de mercado que se abría espacio gracias a la adopción del concepto de servicio público introducido en los artículos 48 y 49, y la conformación de la comisión establecida en el artículo transitorio obligaron a esta institución, fundamentalmente pública, a adaptarse a un nuevo contexto de mercado y competencia regulada.

EL INSTITUTO AL INICIO DE LOS AÑOS NOVENTA

En medio de la crisis hospitalaria y fiscal que atravesaba el país, el INC inició el año 1990 con una situación financiera difícil. Sus ingresos provenían de tres fuentes: **1)** las rentas propias y los ingresos corrientes generados por ventas de servicios médicos y hospitalarios y otros ingresos menores (como servicios de cafetería, fotocopias, inscripciones docentes y donaciones); **2)** los recursos financieros generados por la recuperación de cartera, los rendimientos de inversiones financieras y los recursos del balance, y **3)** una fuente considerada la más importante: los aportes del presupuesto nacional. Los gastos, a su turno, correspondían a los rubros de funcionamiento e inversión. En esas circunstancias, el presupuesto definitivo de 1990 fue de 3670 millones de pesos, de los cuales 3021 (82,3 %) estaban destinados a funcionamiento, y 649 millones (17,7 %), a inversión, rubro que aumentó respecto al año anterior, debido al dinamismo alcanzado por el Programa de Detección Precoz de Cáncer de

	1989	1990	1991	1992	1993	1994
Pto. de Guzmán						
- S. Personal	1.000.000,00	1.000.000,00	1.000.000,00	1.000.000,00	1.000.000,00	1.000.000,00
- G. Generales	1.000.000,00	1.000.000,00	1.000.000,00	1.000.000,00	1.000.000,00	1.000.000,00
- Inversión	1.000.000,00	1.000.000,00	1.000.000,00	1.000.000,00	1.000.000,00	1.000.000,00
Pto. R. P. P. P.						
- S. Personal	1.000.000,00	1.000.000,00	1.000.000,00	1.000.000,00	1.000.000,00	1.000.000,00
- G. Generales	1.000.000,00	1.000.000,00	1.000.000,00	1.000.000,00	1.000.000,00	1.000.000,00
- Inversión	1.000.000,00	1.000.000,00	1.000.000,00	1.000.000,00	1.000.000,00	1.000.000,00

Cuello Uterino y por las obras de infraestructura (AINC 1990, 1). En ese mismo año, siguiendo la tendencia histórica y en medio de la crítica coyuntura nacional, las rentas propias alcanzaron 344,9 millones de pesos, lo que significaba una participación del 9,4 %, en el presupuesto total, un porcentaje de todas maneras pequeño frente a la participación del presupuesto nacional en el conjunto de los ingresos del INC, que correspondió a 3321 millones, es decir, el 90,6 % del total. La venta de servicios descansaba, sobre todo, en las remisiones de pacientes hechas por las entidades del Estado, la seguridad social y algunos actores privados del Sistema Nacional de Salud. Esta dependencia del INC de los recursos del Gobierno nacional no solo era una tendencia histórica, como se ha documentado desde sus orígenes, sino que planteaba serios retos de cara a los planes de austeridad económica que aplicaba el Gobierno de César Gaviria.

En materia de recuperación de cartera, de los 117 millones en cuentas por cobrar al 31 de diciembre de 1989, se alcanzó un retorno del 83 % en 1990, equivalente a 97 428 474 pesos. Este

La década de los años noventa representó momentos económicos difíciles para el instituto en momentos de una masiva crisis hospitalaria. Archivo INC.

comportamiento indicaba que, si bien el instituto vendía servicios en una vigencia, los recursos de ese ejercicio realmente ingresaban en la siguiente. De este modo, al 31 de diciembre de 1990, las entidades que utilizaban servicios del instituto le adeudaban 247 047 millones, entre ellas el Instituto de Seguros Sociales (ISS) de Cundinamarca, la Caja de Previsión Social de Bogotá, Ferrocarriles Nacionales de Colombia, la Caja de Previsión Social de Boyacá y el Ministerio de Obras Públicas (AINC 1990, f. 2).

En materia de gastos, la mayor parte correspondía a los generales, con 1450 millones (48,5 %); le seguían los servicios personales, con 1202,9 millones (40,2 %), y, finalmente, estaban las transferencias, que ascendían a 339,1 millones (11,3 %). El total de gastos de funcionamiento, producto de la suma de estos tres rubros, llegaba a 2992 millones, mientras que los gastos de inversión alcanzaban un valor de 639,7 millones en 1990 (AINC 1990, f. 3). Es importante señalar que dentro de los gastos generales el 73 % correspondía a materiales y suministros, que eran los de mayor participación, como ya se anotó. También se incluían los costosos medicamentos para la quimioterapia, además de medicinas en general, elementos de hospital y materiales e insumos para cirugía y curaciones. Esos estados financieros fueron cambiando en 1992. En la tabla 62 se puede observar la transformación de cada rubro.

Estas cifras no eran nada despreciables en un contexto de crisis de los hospitales y del ISS, situación originada por la desfinanciación, el déficit y la corrupción en un momento en el que la aplicación de la Ley 10 de 1990 apenas comenzaba y cuando

Asalto en el Instituto de Cancerología

Dos hombre armados de subametralladoras se llevaron del Instituto Colombiano de Cancerología 35 millones de pesos después de asaltar al pagador de una entidad bancaria.

Voceros de la Policía Metropolitana de Bogotá informaron que hacia las 11:10 de la mañana, cuando un pagador del Banco Popular llegó al centro hospitalario, ubicado en la calle 1a # 9-85, dos hombres que entraron intempestivamente a la oficina de pagaduría intimidaron a los presentes.

Posteriormente golpearon en la frente, con una de las armas, al cajero que se había desplazado del Banco Popular, sucursal los ministerios, ubicado en la Carrera 8a número 6-94, para pagar la prima de fin de año.

Luego de lo cual procedieron a llevarse el dinero que había sido trasladado en un carro de seguridad de una compañía transportadora de valores.

El INC no fue ajeno a los hechos de delincuencia que ocurrían en la sociedad colombiana. En 1990 sufrió un asalto que fue registrado por la prensa. *El Tiempo*, diciembre 11 de 1990.

Tabla 62. Estados financieros del instituto en 1992

Ingresos	Millones	%
Rentas propias	791,2	9,6
Aportes del presupuesto nacional	7455,2	90,4
Total de ingresos	8246,4	
Egresos	Millones	%
Funcionamiento	6961,1	84,4
Inversión	1285,4	15,6
Cartera para recuperar	334,6	
Total de egresos	8581,1	

Fuente: elaboración propia a partir del *Informe financiero* de 1994.

la nueva Constitución reclamaba el rápido trámite de iniciativas legislativas para crear un nuevo sistema de salud. Ahora bien, pese al buen comportamiento financiero del instituto en relación con hospitales como el San Juan de Dios, no todo funcionaba bien y más adelante la implementación de la Ley 100 de 1993 puso en evidencia esta situación.

Durante aquellos años, el instituto, como es apenas lógico, no fue inmune a las turbulentas realidades de la sociedad colombiana derivadas de la desigualdad, la corrupción y la existencia de grupos delincuenciales. Un hecho ordinario, en estas circunstancias —y un tanto espectacular—, vino a recordar esta dependencia de lo que sucedía extramuros. El 10 de diciembre de 1990 se produjo un robo al INC. Dos hombres armados con subametralladoras se llevaron 35 millones de pesos después de coaccionar al pagador del Banco Popular dentro de su propia oficina en el hospital. Los dineros

estaban destinados al pago de la prima de fin de año, lo que podría percibirse como un atentado directo a los derechos de todo el personal, además de una especie de violación a la institución («Asalto en el Instituto de Cancerología» 1990, 14B).

Otro de los fenómenos presentes en la sociedad durante aquellos años era el narcotráfico. El debate alrededor de este problema y los mecanismos para su combate no pasaron inadvertidos en el quehacer del instituto y en sus labores como censor y autoridad sobre el carácter cancerígeno de los agroquímicos empleados en el control de los llamados *cultivos ilícitos*. La polémica y difícil discusión sobre los efectos mutagénicos y el riesgo de carcinogénesis para las personas expuestas específicamente al glifosato —un herbicida que se había comenzado a emplear en la lucha contra esos cultivos para doblegar una

de las economías más lucrativas y mortíferas en Colombia— se hizo presente en el país y se citaron diversos estudios y posiciones de los oncólogos y del mismo instituto acerca de este tema. La ausencia de un consenso definitivo y otras razones de orden económico y político impidieron, en esos años, llegar a conclusiones definitivas sobre sus efectos en la salud humana («Glifosato» 1992, 2C). Hoy en día estas polémicas continúan sin llegar a conclusiones definitivas, a pesar de los pronunciamientos de la Corte Constitucional.

Mientras se discutía sobre la nueva Constitución, el instituto mantuvo vigentes varios de los procesos que venía desarrollando desde los años ochenta e inició otros nuevos, acordes con los cambios estructurales que vivía el país en materia de salud. En cuanto a infraestructura, desde mediados de la década anterior



La erradicación de los cultivos ilícitos con glifosato ha estado en la agenda de salud pública. Fotografía: Diálogo con los dirigentes campesinos afectados por las fumigaciones con glifosato. Fernanda LeMarie. Cancillería del Ecuador. Creative Commons. Derecha: *El Tiempo*, febrero 3 de 1992.



se había iniciado la construcción de un cuarto edificio de tres pisos, previsto para los servicios de radioterapia, salas de espera, medicina nuclear, el auditorio Mario Gaitán y la biblioteca (Osorio 2004, 39). Posteriormente, como afirma Mónica Osorio (2004), al finalizar los años ochenta se protocolizó un comodato entre el instituto y la Alcaldía de Bogotá, a efectos de acceder a la posesión, administración y custodia de un globo de terreno en lotes aledaños al instituto. Este proceso implicó una negociación con los habitantes del sector y los dueños de esos lotes, entre ellos los propietarios de una estación de gasolina denominada San José, que exigieron ser vinculados como contratistas a cambio de que ellos desocuparan los predios que les pertenecían. Ello llevó a que en 1991 se iniciaran las demoliciones respectivas y se construyera un nuevo edificio, el quinto del instituto, para consulta externa, que fue inaugurado el 20 de julio de 1994.

También en 1991, al albergue de mujeres se sumó un nuevo espacio denominado *Luisito*, destinado a alojar niños a quienes se les proveía además de alimentación, ropa, artículos de higiene personal y medicinas. Este albergue fue creado gracias a la gestión del médico radiólogo y físico francés Paul Didier, quien estableció un fértil intercambio académico con la Universidad Nacional de Colombia promoviendo la física médica y el diseño de programas de posgrado en este campo. Su interés por la radioterapia y por el INC lo llevó a conseguir recursos del Gobierno de Francia y de la familia Fajardo Segura, que donó una casa para crear dicho albergue (Rivera y Cristancho 2004). Pero, además de estos desarrollos que contribuían a paliar las necesidades de los pacientes y familiares, el instituto afrontó varios cambios en su organización y su administración. Así, en 1991 se nombró al último jefe de presupuesto y en los años siguientes se creó la figura del jefe financiero, mantenida hasta 2001.



En 1991 se inauguró el albergue «Luisito», a fin de atender a niños que estaban recibiendo tratamiento en el instituto. Fotografía: Archivo INC.

UNA DINÁMICA VIDA ACADÉMICA A PRINCIPIOS DE LOS AÑOS NOVENTA

En 1990, el instituto organizó en Cartagena el X Congreso Latinoamericano de Cáncer (CILAC X), con el apoyo de la UIC y la Federación Latinoamericana de Sociedades de Cancerología, que se realizó entre el 10 y el 14 de mayo de ese año. En el mismo escenario tuvo lugar el II Curso de Cavidad Oral para Odontólogos y el V Encuentro de Voluntarias de Lucha contra el Cáncer. Los tres eventos contaron con cerca de veinte conferencistas internacionales y cincuenta nacionales («Anuncio» 1990, 6A). Como parte de la lucha contra el tabaco, el director del INC, Juan Manuel Zea, denunció en el marco del CILAC que la Compañía Colombiana de Tabaco había entablado negociaciones con la empresa Italo S.A. con el fin de promover la venta de cigarrillos de chocolate; la denuncia se basaba en que estos dulces condicionaban a los niños a convertirse en futuros fumadores. Zea afirmaba que estas negociaciones hacían parte de una estrategia global en la que, frente a las restricciones respecto al consumo de cigarrillos en el ámbito internacional, las tabacaleras estaban buscando dinamizar su mercado en países periféricos como Colombia para crear potenciales y futuros consumidores entre la población infantil («Choco-cigarrillos» 1990, 1B). Este debate, y la comprometida lucha del director Zea contra el cigarrillo por sus efectos carcinogénicos, continuaron en los años siguientes.

La organización y la realización de eventos se prolongó en 1992. Entre el 17 y el 29 de febrero de ese año se realizó el Curso Semestral de Hemoterapia, Aféresis y Coagulación, dirigido por el doctor Leonel Ospina y coordinado por el doctor Enrique Pedraza. El 28 de febrero se inauguró el Simposio de Cirugía

Reconstructiva en el auditorio Mario Gaitán Yanguas, al que se sumó el IV Congreso sobre Actualización en Cáncer Oral y Tumores de Cabeza, entre el 16 y el 17 de marzo, en el Centro de Convenciones Gonzalo Jiménez de Quesada, promovido por el INC y la Asociación de Exalumnos del instituto. Este congreso contó con la participación de médicos del Royal Marsden Hospital de Londres y la coordinación general estuvo a cargo de los doctores Juan de Francisco y Augusto Llamas. Pocos días después, el 19 de marzo, se instaló en Cali la Primera Conferencia Internacional de Hematología y Oncología, a la que siguió, entre el 2 y el 4 de abril, el primer Seminario-Taller Nacional sobre Cáncer de Estómago en la ciudad de Neiva, en el departamento del Huila. A este evento asistieron representantes de la Asociación Interamericana de Gastroenterología, de las sociedades colombianas de Gastroenterología, Endoscopia, Cirugía, Coloproctología, Radiología, Patología y Cancerología. El resultado más importante de esta actividad fue la elaboración del Protocolo Nacional de Diagnóstico y Manejo del Cáncer de Estómago en el país con la coordinación general del doctor Germán Liévano. Para finalizar este año, el instituto realizó entre el 3 y el 5 de diciembre el XVII Simposio Anual sobre Actualización en Oncología, en alianza con el Instituto Gustave Roussy, el Ministerio de Relaciones Exteriores de Francia y la Asociación de Exalumnos del INC, centrado en «nuevos aspectos del cáncer infantil» y los «avances en el manejo de la enfermedad» («Anuncio» 1992, 7A). Esta reunión fue inaugurada por Juan Manuel Zea en el auditorio del Gimnasio Moderno y al frente de las conferencias estuvieron las médicas francesas Evelyne Pichardo Leandro, Anni Piquerd Gauvain y Chantal Kailua, entre otros expositores. Asuntos como el tratamiento de meduloblastoma, las secuelas infantiles en niños tratados por tumores

Una dulce trampa para atrapar fumadores

Choco-cigarrillos: bocanadas de vicio

Según el director del Instituto Nacional de Cancerología, Juan Manuel Zea, la Compañía Colombiana de Tabaco entabló negociaciones con la empresa Italo S.A. con el fin de promover la venta de cigarrillos de chocolate ya que estos condicionan a los niños, como futuros fumadores.

Por MARIA CRISTINA CABALLERO
Redactora de EL TIEMPO

Ante las restricciones en la venta de cigarrillos en países desarrollados, las tabacaleras han puesto su mira en niños de países, como Colombia, donde los menores tienen acceso a los cigarrillos en cualquier tienda o puesto callejero, como si se tratara de bombones.

Los que se inician tempranamente en el vicio son los más adictos: los que compran cajetilla diaria, de por vida. También las más frecuentes víctimas de cáncer en los pulmones.

La situación es planificada por el director del Instituto Nacional de Cancerología (INCI), Juan Manuel Zea, y será analizada por más de cien especialistas durante el Congreso Latinoamericano de Cancerología que tendrá lugar del 10 al 14 de mayo en el Centro de Convenciones de Cartagena.

Zea denuncia «asimismo» que «en este momento la Compañía Colombiana de Tabaco (Coltabaco) está auspietando que se fabriquen chocolates en forma de cigarrillo. Tengo informes acerca de que han habido negociaciones entre Coltabaco y la empresa Italo de chocolates. Saben que se enganchan a los niños, desde los 7 u 8 años, posiblemente a los 10 o 12 años empiezan a ser clientes por el resto de su vida».

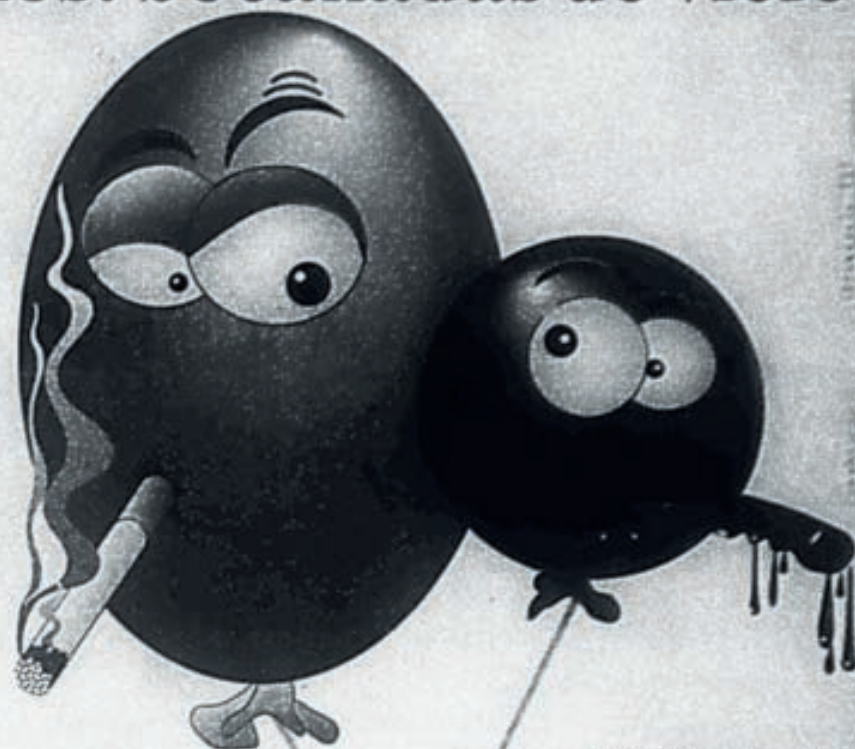
No fue posible localizar al ge-

rente de Italo, pero el gerente de mercadeo de la empresa, Miguel Paredes, dijo al respecto: "No sé nada de eso. Los convenios y eso los hace es la gerencia, pero no se haría sin consultar a mercadeo". Y agregó: "Nosotros inclusive descontinuamos los cigarrillos de menta: estamos gastando los empaques que quedan de Kent, Marlboro, Parliament porque las casas productoras nos dijeron que, por Ley, no podíamos utilizarlas. Seguiremos vendiendo cigarrillos sueltos de chocolate, pero no creo que hayan aumentado las ventas".

Sobre estadísticas de consumo de choco-cigarrillos dijo, en un principio, que "eso es información interna y secreta de la empresa". Después señaló que solo en 1989 se vendieron 2633 kilos de chocolate en forma de cigarrillo y que cada uno pesa unos 15 gramos.

Paredes afirmó que no cree que la venta de cigarrillos induzca al vicio: «¿Qué origina un vicio? ¿De dónde aprende el niño? De los mayores, por acto reflejo». Además, aseguró que los cigarrillos de chocolate no son un producto para niños: "Funciona más a nivel de adultos, como obsequios. Esto no es ni para niños siquiera".

Se desconoce la versión de Coltabaco porque no hubo manera de localizar al gerente; ni al vicepresidente ejecutivo que estuvo en varias juntas; ni al vicepresidente de mercadeo, que se encuentra fuera del país; ni



al superintendente de mercadeo a quien «según su secretaria» se le dio la razón pero vive muy ocupado y se embolató.

El especialista de la Clínica de Toxicología, Camilo Uribe, entretanto, dijo que «un eventual convenio entre empresas de tabaco y de chocolates, no es una estrategia de mercado muy moral. Eso puede motivar a los niños a fumar; dentro de la mentalidad infantil puede influir. Y

se ha demostrado que el cigarrillo es una farmacob dependencia, que es un paso para entrar al mundo de otras drogas, y más cuando se inician a edad temprana».

El oncólogo del INCI, Augusto Llamas, enfatizó que «la nicotina es la droga más adictiva que hay, y por eso se prefiere despertar el vicio en los niños desde los 10 o 12 años». También Gloria Salvador, sicóloga y

directora leí del Centro de Documentación e Información sobre la Adicción (Cedai), del Plan Nacional de Prevención de la Drogadicción, dijo que «incentivar el consumo de cigarrillos de chocolate es un problema grande y serio».

Para la funcionaria, «lo que hacen es crearles una fijación, adaptar a una población preadolescente a una situación placentera que después sustituyen por

cerebrales y las experiencias con la enfermedad de Hodking ocuparon la agenda de esta reunión.

Lo interesante es que en el marco de este simposio el INC inauguró el Pabellón de Trasplantes, una moderna unidad dotada de equipos avanzados para tratar pacientes con leucemia. Ello estaba a tono con los desarrollos de la medicina oncológica mundial. En efecto, a principios de los años noventa del siglo xx se anunciaban nuevos avances en la lucha contra el cáncer linfático, promovidos por hospitales y empresas farmacéuticas, dentro de los cuales estaban los trasplantes de médula ósea. En pacientes con linfomas, ello parecía abrir posibilidades terapéuticas frente a los efectos devastadores de las radiaciones y la quimioterapia. Uno de estos desarrollos fue patentado por el Hospital John Hopkins y registrado por la compañía Becton Dickinson y, posteriormente, obtenido en exclusiva por Baxter International, en 1990 («Terapia contra cáncer linfático» 1992, 6A).

Como se afirmaba en aquellos años, desde el siglo xix el trasplante de médula ósea había sido de gran interés para los hematólogos, pues conllevaba la posibilidad de suplir o corregir insuficiencias medulares primarias y despertaba expectativas prometedoras en cuanto al tratamiento de rescate de pacientes sometidos a quimioterapia, radioterapia y accidentes nucleares, además de que podría utilizarse en el remplazo de una médula con funcionamiento anormal. Dentro de sus aplicaciones estaba el tratamiento de pacientes con aplasia medular, leucemias, linfomas, enfermedad de Hodking, tumores sólidos y síndromes de deficiencia inmunológica de origen genético. Para Leonel

El INC planteó el problema de la iniciación temprana del consumo de tabaco, promovido por la venta de «cigarrillos» de chocolate a los menores. *El Tiempo*, mayo 8 de 1990.



Ospina, jefe del Grupo de Hematología del INC, los trasplantes en aquel momento se realizaban con la médula de una persona compatible (trasplante alogénico), un gemelo o con la del propio paciente (trasplante autólogo). La modalidad conocida como alogénica había tenido un gran reconocimiento mundial; de hecho, en 1991 el Premio Nobel de Medicina se otorgó al estadounidense Edward Donnall Thomas, médico pionero en ese campo, y para 1992 se habían realizado más de 5000 trasplantes de este tipo en el mundo. Se afirmaba que con éxito.

En Colombia, el INC era el líder en este procedimiento, como lo reconocía José Luis Pico, jefe de la Unidad de Trasplante de Médula Ósea del Instituto Gustave Roussy de Francia. En el

El INC promueve la realización de encuentros con especialistas en cáncer. *El Tiempo*, noviembre 18 de 1993.

Pabellón de trasplantes inaugura el INC

Esperanza para los enfermos de cáncer

El paciente puede donar su propia médula ósea para su tratamiento, o la de un familiar o cualquier otra que sea compatible. Cirugía y quimioterapia intensiva.

El Instituto Nacional de Cancerología inauguró el Pabellón de trasplantes, una moderna unidad dotada de equipos avanzados que permitirá salvar la vida de numerosos pacientes con leucemia.

El trasplante de médula ósea ha sido de interés para hematólogos desde el siglo pasado, para suplir o corregir insuficiencias medulares primarias y recientemente para rescatar pacientes que se someten a quimioterapia, radioterapia, accidentes nucleares y como reemplazo de médula ósea que funciona en forma anormal.

Igualmente se emplea como tratamiento en pacientes con diagnóstico de aplasia medular, leucemias, linfomas, enfermedad de Hodgkin, tumores sólidos, síndromes de deficiencia inmunológica y para corregir enfermedades determinadas genéticamente.

"Los pacientes tienen acceso a tratamientos más modernos como quimioterapia intensiva que surte mejores efectos de curación. Los trasplantes se realizan con la médula del propio paciente, con una que sea afín o la de un familiar gemelo", dice Leonel Ospina, del Instituto Nacional de Cancerología.

"El trasplante alogénico, en donde se utiliza la médula del propio paciente, ha sido reconocido mundialmente. Precisamente el Premio Nobel de Medicina en 1991 se otorgó al pionero en este campo y ya se han realizado más de 5.000 trasplantes con éxito. En Colombia el INC es abanderado de este procedi-

miento", dijo, por su parte, José Luis Pico, jefe de la Unidad de Trasplante de Médula Ósea del Instituto Gustave Roussy, de Francia, invitado a Colombia.

Actualmente los tratamientos médicos del cáncer han alcanzado niveles de éxito notables, pero en otros casos los elevados costos de los medicamentos llevan a la deserción de los enfermos. En promedio un tratamiento puede valer cinco millones de pesos por persona, en un año.

Hasta el momento el INC ha realizado nueve procesos empleando el método de autotrasplantes que pretende incrementar las posibilidades de supervivencia y de curación de leucemia, linfomas de alto riesgo y otros tumores sólidos malignos. Otras enfermedades como el cáncer mamario y tumores cerebrales serán igualmente beneficiadas", dijo Juan Manuel Zea, director del INC.

El autotrasplante se realiza con anestesia general, para obtener la médula ósea del paciente en una cantidad promedio entre 10 y 20 centímetros por kilogramos de peso. Esta médula puede ser preservada en medios especiales o a temperatura de banco de sangre y devuelta al paciente luego de quimioterapia intensiva que trata de erradicar las células malignas. En ese momento se requiere la médula reservada para evitar efectos letales del tratamiento. Se puede aplicar en niños y adultos que cumplan determinadas condiciones médicas.

El trasplante de médula ósea es de gran interés para los hematólogos, pues conlleva la posibilidad de suplir o corregir insuficiencias medulares primarias.

Cancerológico se habían realizado nueve procedimientos empleando el método de autotrasplantes, todos dirigidos a incrementar las probabilidades de supervivencia y de curación de leucemia, linfomas de alto riesgo, tumores sólidos malignos, cáncer mamario y tumores cerebrales («Esperanza para los enfermos de cáncer» 1992, 7C). En 1995 se estimaba que el costo total aproximado de un trasplante alogénico en el INC era de 36.141.293 pesos, y una buena porción (\$20.000.000 del total) correspondía al tratamiento complementario antineoplásico, que incluía ganciclovir, gammaglobulina IV y ciclosporina (AINC 1995, 124).

LOS RETOS DEL CÁNCER Y EL PLAN NACIONAL DE CONTROL DEL CÁNCER EN EL INSTITUTO

Al comenzar los años noventa, la conciencia sobre el influjo del cáncer en la salud de los colombianos era amplia, gracias a las campañas, los esfuerzos y las intervenciones educativas hacia la población adelantadas en las décadas anteriores. Las estadísticas daban toda la razón a esa conciencia y prendían las alarmas sobre el comportamiento

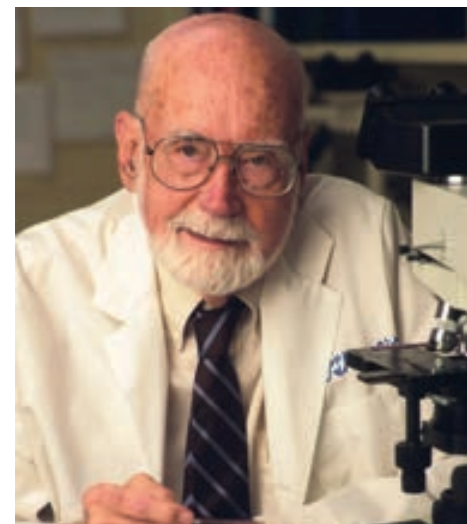
En 1992 el INC inauguró el Pabellón de Trasplantes, una moderna unidad dotada con equipos avanzados para tratar a pacientes con leucemia. *El Tiempo*, diciembre 7 de 1992.

de esta enfermedad. Como lo revelaron en su momento los datos del Ministerio de Salud, la mortalidad por cáncer en Colombia había aumentado de manera evidente entre 1960 y 1991, pasando de una tasa del 42,7% al 61,5%. En materia de causas de muerte generales, en 1985 solamente los homicidios superaban a los tumores malignos, y en 1991 estos últimos constituían la segunda causa de muerte que producía más años de vida potencialmente perdidos (AVPP): 420 500 años, que representaban el 8% del total de AVPP (Colombia, Ministerio de Salud 1992, 68). Por su parte, la tasa estandarizada de mortalidad por todos los tumores malignos variaba entre 11 431 y 88 839 defunciones por cada cien mil habitantes de un área determinada del país y las siete primeras causas de muerte por cáncer explicaban el 62% de esta mortalidad. Estas siete primeras causas correspondían al cáncer de estómago, cuello uterino, próstata, tráquea y pulmón, mama de mujer, hígado y leucemia (Colombia, Ministerio de Salud 1992, 68).

Esta situación epidemiológica demandó nuevos esfuerzos de política pública, un mayor desarrollo institucional y la adopción de un modelo renovado para abordar el cáncer. A diferencia de la concepción asistencialista incluida en el Plan Nacional de Cáncer elaborado en 1975, en los años noventa las disposiciones en salud hasta ahora estaban comenzando a incorporar los principios preventivos de la Atención

Derecha: Edward Donnall Thomas, médico estadounidense y pionero en el trasplante de médula ósea, recibió en 1991 el Premio Nobel de Medicina. Fotografía: Suzie Fitzhugh. Creative Commons.

Izquierda: los trasplantes de médula ósea abrieron una posibilidad terapéutica al cáncer linfático. Fotografía: Geir Mogen, NTNU. Creative Commons.



Primaria en Salud (APS) emanados de la Declaración de Alma-Ata², como se hacía ya en los lineamientos utilizados en materia de promoción de la salud. El discurso de Alma Ata evidenciaba que las políticas que reducían la salud a lo hospitalario o a lo curativo estaban destinadas al fracaso; entre tanto, podrían dar mejores resultados aquellas que se sustentaban en el bienestar de las personas y el equilibrio de los factores ambientales, pues pesaban en el estado de salud. En el caso del instituto, estos planteamientos comenzaron a resonar, al insistir, como se venía haciendo en los años sesenta y setenta, en la prevención, la detección temprana y la promoción de la salud como elementos que reducirían los casos de cáncer. Sin embargo, el discurso de la Atención Primaria abría una contradicción con la visión empresarial de la salud, que también comenzaba a imponerse en aquellos años y que demandaba eficiencia, productividad, bajos costos, competencia de mercado y atención individual.

Bajo la visión de la APS, el Gobierno de César Gaviria concentró sus esfuerzos en el Programa de Gobierno de Prevención y Control del Cáncer con dos ejes fundamentales: detección y control del cáncer de cuello uterino y lucha contra el tabaquismo (Colombia, Ministerio de Salud 1991, 48). El primero de estos ejes tenía como objetivo evitar la progresión de la enfermedad y la muerte, detectando lesiones preneoplásicas a través de la citología cervicouterina y el inicio del tratamiento, caracterizado por ser sencillo y de bajo costo. La permanen-



cia del cáncer de cuello uterino en países como Colombia mostraba a esta enfermedad como el «cáncer del subdesarrollo» en los años noventa.

Pese a que la citología era un procedimiento que se adelantaba desde hacía varias décadas, como se ha mostrado en capítulos anteriores, aún se carecía de una adecuada planeación para la toma y lectura de la prueba, así como de una necesaria apropiación de este examen por parte de la población femenina. La ausencia de seguimiento y control de las pacientes y las trabas para su remisión y atención oportunas seguían siendo problemas destacados en este campo de la citología. Sin embargo, los esfuerzos mostraban algunos resultados llamativos; por ejemplo, se estimaba que por cada peso invertido en la prevención se dejaban de gastar cuatro en la atención de casos avanzados de cáncer de cuello uterino. Adicionalmente, en 1991 se firmaron

2 La Declaración proviene de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, realizada en Alma-Ata (URSS) entre el 6 y el 12 de septiembre de 1978.

La comunidad internacional, con el apoyo la OMS, se reunió en 1978 para sentar las bases de la salud pública hacia el año 2000. Los términos quedaron reunidos bajo el nombre de Declaración de Alma-Ata.



convenios entre el instituto y diez de los veintitrés servicios seccionales de salud para el diagnóstico y tratamiento de este tipo de cáncer que, con base en la citología, prometían buenos resultados durante los años siguientes.

En cuanto al segundo eje, se diseñó el Plan Nacional de Lucha contra el Tabaquismo, mediante el cual el instituto buscó, por una parte, contrarrestar la propaganda y la promoción del cigarrillo, y, por otra, informar al público sobre los problemas derivados de su consumo a través de mensajes televisivos y radiales dirigidos a la comunidad y principalmente a la juventud. Con este fin se desarrollaron diversas acciones, como la impresión de la cartilla *El placer de no fumar*, dirigida a la población escolar y juvenil; la elaboración de afiches con el lema de la campaña «Niños y jóvenes libres de humo»; la difusión de tres mensajes televisivos de treinta segundos cada uno; el diseño y la producción de la campaña educativa para el Día mundial del tabaco; la elaboración de proyectos de resolución presentados a la Presidencia de la República, a efectos de prohibir fumar en vuelos con tiempo inferior a una hora, y también en lugares públicos. Y cerraba esta ofensiva la firma de contratos con las ligas contra el cáncer para adelantar labores informativas y educativas. Todo ello se hizo en 1990 con veinte millones de pesos, y en 1991, con cincuenta millones. Fue indiscutible el protagonismo del instituto en estas acciones de gran impacto.

Otro frente de acción en salud pública en materia del cáncer, donde el INC desempeñaba un papel fundamental, fue el Programa Nacional de Control del Cáncer (PNCC), que venía ejecutándose desde los años setenta. En 1990 se identificaba como un beneficio de la descentralización asistencial propiciada por el PNCC la reducción en el número de pacientes remitidos al INC desde los departamentos que no hacían parte de la Unidad Zonal 1, la de Bogotá y Cundinamarca, que le correspondía al instituto. Eso le permitía concentrarse en los pacientes de la zona asignada, mientras el sistema de salud ahorra los costos de enviar enfermos desde regiones muy distantes hacia Bogotá. Para 1990, el 82 % de los casos nuevos atendidos en el INC pertenecían efectivamente

Arriba y abajo: en la década de los años noventa, en sintonía con los lineamientos del Ministerio de Salud, el instituto firmó convenios con los servicios seccionales para el diagnóstico y tratamiento de cáncer de cuello uterino. Archivo INC.



454
INC

a su Unidad Zonal 1, mientras solo el 18% correspondía a otras zonales. Además, la creación de los registros institucionales de cáncer en las unidades zonales suponía un gran avance en el seguimiento y la vigilancia epidemiológica de esta enfermedad. Las zonales con el registro de más casos nuevos de cáncer eran la 1, a cargo del INC, con 4373 casos; la 7, en cabeza del Hospital Universitario del Valle, con 1616 casos, y la 5, cuyo centro era el Hospital San Vicente de Paul de Medellín, con 398 casos.

El PNCC, además de favorecer la inversión en dotación de las unidades zonales, se hacía cargo de la capacitación del personal médico y paramédico del programa. Estos últimos eran profesionales calificados y actualizados en técnicas y manejo de equipos, aplicación de protocolos diagnósticos, además de estar también en condiciones de intervenir en algunas fases del tratamiento del cáncer junto con los médicos. Su entrenamiento se cumplía bajo la responsabilidad, el esfuerzo y la coordinación de la División Académica del INC, que ofrecía los programas de posgrado en cirugía general, medicina interna, radioterapia, medicina nuclear y patología y doce programas de subespecialización oncológica: oncología



Uno de los grandes logros del INC es la reducción de la incidencia de los cánceres asociados al tabaco. Para ello ha diseñado y apoyado campañas contra el consumo, además de la producción de literatura médica e informativa al respecto.

Tabla 63. Mortalidad por cáncer según sexo en Colombia, 1990

Localización	Masculino	Femenino
Gástrico	13,8	10,0
Cuello uterino	-	6,9
Glándula mamaria	-	6,8
Próstata	6,0	-
Pulmón	6,2	4,5
Útero	-	5,4
Hígado	3,8	4,2
Leucemias	5	2,8
Linfomas	2,5	-
Esófago	2,4	1,3
Páncreas	2,2	2,3
Colon	1,6	2,1
Ovario	-	1,9
Laringe	1,6	0,6

Fuente: AINC (1990a, 4).

clínica, ginecología oncológica, patología tumoral, gastroenterología y endoscopia digestiva, urología oncológica, oncología quirúrgica, dermatología tumoral, manejo del dolor en cáncer, radiología tumoral, hematología oncológica, cirugía de cabeza y cuello y oncología pediátrica (AINC 1990a, 5).

En la tabla 63 se presentan las catorce primeras causas de mortalidad por cáncer en Colombia, para 1990, según sexo, de acuerdo con el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (tasas por 100 000 habitantes), tal como permitió identificarlo el PNCC.

Si todos los departamentos tuviesen las tasas de incidencia de cáncer del registro poblacional de cáncer de Cali, es decir, si el resto del país se comportara a futuro como lo venía haciendo esta ciudad en materia de nuevos casos de cáncer, se esperaba tener en 1992 un total de 55 211 casos. Estas proyecciones y el hecho de que las trece zonales existentes solo atendían el 40 % de la población con cáncer, hacían pensar en la necesidad de crear cuatro nuevas unidades en Valledupar, Armenia, Neiva y Villavicencio y dotarlas con equipos para ampliar la cobertura de atención al 70 % de las regiones. Además de las dotaciones, se requería el mantenimiento de múltiples equipos, la compra de cobalto radioactivo y de máquinas para radioterapia superficial y braquiterapia, así como de un tomógrafo computarizado, cámaras de centelleo y otros elementos indispensables para los hospitales que estaban al frente de las unidades zonales en todo el país, e incluso para el mismo INC.

Uno de los elementos más importantes del PNCC era el Programa de Detección y Control de Cáncer de Cuello Uterino, mediante el tamizaje de la población femenina con citología

cervicouterina. Su implementación mostró la necesidad de fortalecer un nivel secundario de atención, denominado Centro de Patología Cérvico-Uterina, que asegurara el diagnóstico definitivo y el tratamiento oportuno de los casos que pudieran manejarse en este nivel con el fin de descongestionar las unidades zonales. Estos centros lograron desarrollarse durante un tiempo, pero se fueron debilitando entrado el siglo XXI, aun cuando sus buenos resultados justificaban su continuidad, así como su fortalecimiento para el diagnóstico y tratamiento de cáncer de glándula mamaria y cáncer gástrico. A largo plazo, sus beneficios podrían haberse reflejado en un incremento del costo-beneficio del diagnóstico y tratamiento de casos preinvasivos, un impacto real en la disminución de la morbilidad, una sobrevida cercana al 98,9% de los pacientes tratados en estadios clínicos tempranos, una optimización de los recursos destinados para diagnóstico y tratamiento y la ampliación de coberturas a través del tamizaje de la población con tecnologías sencillas y de costo moderado (AINC 1990a, 10).

El balance general del PNCC mostraba importantes avances, pero también algunos escollos. Si bien se podría identificar en los informes de la División de Epidemiología y Prevención del INC un progreso en el desarrollo técnico en siete departamentos (Quindío, Cauca, Cesar, Santander, Tolima, Boyacá y Norte de Santander), así como en tres capitales departamentales (Bucaramanga, Cali y Medellín), en el resto del país la falta de «apoyo a nivel político decisorio» de gobernadores y alcaldes había dificultado el buen funcionamiento del programa (AINC 1990a, 18).

LA LEY 100 DE 1993 Y UN NUEVO SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

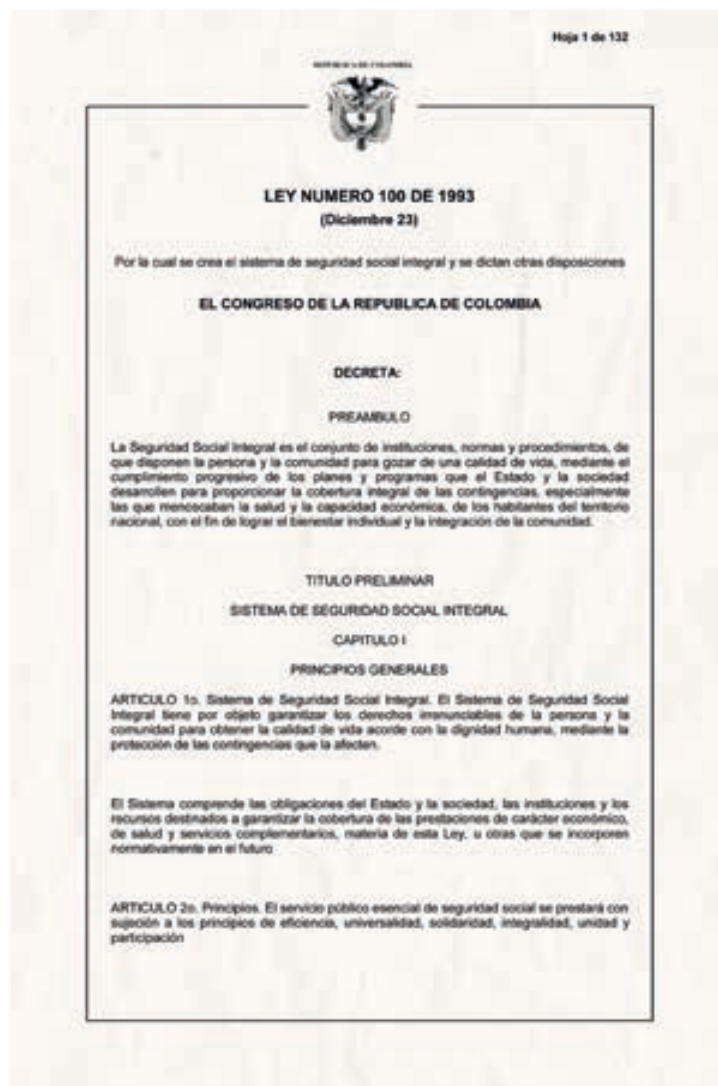
Los pobres resultados de los esfuerzos que se habían hecho en 1990 y 1991 para corregir los problemas del sistema de salud y la nueva agenda propuesta en la Constitución de 1991 desembocaron en la promulgación, en 1993, de la Ley 100, que creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Su historia ilustra sobre el nuevo contexto al que tuvo que adaptarse el INC. Una vez se ratificó la naciente Constitución se hizo indispensable comenzar el esbozo del nuevo sistema de salud y seguridad social en el país. Este proceso tuvo tres momentos. En el primero, la comisión transitoria nombrada por la Asamblea Constituyente inició un debate cuyo propósito era conducir el diseño de nuevas políticas en salud y seguridad social en cuestión de meses. Al mismo tiempo, y en diálogo ocasional con esta comisión, con el Gobierno y con otros actores, se desarrollaron varios foros y reuniones a efectos de recoger las diversas posturas que existían frente a estos dos temas, para proponer finalmente iniciativas con pretensión legislativa. Aunque era urgente legislar sobre salud y seguridad social, la agenda del Gobierno, alineada con las exigencias del capital internacional y de los fondos de cesantías, condujo en septiembre de 1992 a la presentación de un proyecto de ley que proponía una reforma pensional privatizadora, mal recibida por la opinión y, por lo mismo, devuelta por el Congreso al Ejecutivo.

En el segundo momento, el Gobierno reconsideró su propuesta original, sin dejar de lado la defensa de la competencia, la eficiencia, la dinámica del mercado y la privatización de las pensiones, e incorporó el tema de la salud en un proyecto radi-

cado en noviembre de 1992. Desde ese momento, y hasta mayo de 1993, se realizaron múltiples foros y reuniones con un número importante de sectores sociales para concertar un proyecto único. Al mismo tiempo, se radicaron en el Congreso varias iniciativas relacionadas con la protección social, sin que se lograra avanzar en su discusión.

El tercer momento correspondió a la fase final del debate legislativo. Entre mayo y diciembre de 1993, la supuesta construcción de un gran consenso estratégico —como pregaron muchos actores— fue un poco más compleja de lo que se esperaba y supuso la constitución de una hegemonía que derivó en un sistema de salud, basado en el aseguramiento, entendido como un modelo mixto. Este modelo introducía la lógica del mercado, pero al mismo tiempo mantenía algunas de las instituciones del Sistema Nacional de Salud como el ISS y los regímenes especiales para los militares, Ecopetrol y el Magisterio, producto esto de la fuerte resistencia que desplegaron varios actores para impedir la privatización de estos sectores e instituciones (Vega et al. 2012).

El modelo resultante fue un sgsss que si bien tenía como principios la universalidad, la solidaridad, la integralidad y la eficiencia, introdujo una lógica de mercado regulado que transformó el subsidio a la oferta en subsidio a la demanda, separó las funciones de prestación y aseguramiento, creó un mercado de aseguradores con empresas promotoras de salud (EPS) y uno de prestadores con instituciones prestadoras de servicios (IPS) y generó tres regímenes de afiliación, dependiendo de la capacidad de pago de los ciudadanos: un régimen contributivo (para independientes y quienes contaran con un contrato laboral y tuvieran acceso a un salario), un régimen subsidiado (para quienes carecieran de relación la-



La Ley 100 de 1993 dio un giro importante a la concepción de los servicios de salud y protección social en el país.



El Sistema General de Seguridad Social en Salud tenía como principios la universalidad, la solidaridad, la integralidad y la eficiencia, pero también introdujo una lógica de mercado regulado que transformó el subsidio a la oferta en subsidio a la demanda.

boral y de recursos para el pago privado) y un régimen transitorio de vinculados (para quienes no clasificaran en ninguno de los dos anteriores, pero que debía desaparecer con el tiempo). Como ya se dijo, además de estos regímenes sobrevivieron otros, denominados especiales, y se intentó alimentar un mercado privado de medicina prepagada y seguros privados pensando en aquellos que tuvieran mayor poder adquisitivo. Allí también quedaron establecidos los procesos de transformación de las Cajas de Previsión Social nacionales y territoriales en EPS o en entidades adaptadas como las de las unidades de salud de las universidades públicas y Ferrocarriles Nacionales.

El plan era que entre los aseguradores compitieran en el mercado con base en la calidad de su oferta para hacerse a más afiliados, así como debía ocurrir entre los prestadores. Sin embargo, la creación de una Unidad de Pago por Capitalización (UPC) garantizó ingresos fijos a las EPS y las disuadió de la competencia por calidad. La concentración de grandes recursos públicos en manos de EPS privadas llevó a fenómenos complejos como la integración vertical y horizontal, la intermediación y la retención de los recursos del sistema en manos de las EPS, gracias a su lógica financiera y al privilegio de contratar con la red prestadora pública o privada. Al nivel micro se hizo moneda de uso corriente la negación de servicios, procedimientos y medicamentos a los pacientes; la corrupción por cuenta del desvío de los recursos del sistema a diversas actividades diferentes a la prestación de servicios de salud, gracias al ánimo de acumulación que por ley podían llevar a cabo las EPS; el descuido de las funciones de salud pública, y la empresarización de la salud en detrimento del derecho de los afiliados (Vega y Ávila 2018).



A todo ello se sumaban dos problemas fundamentales, extrasectoriales, que afectaban el sistema de aseguramiento en Colombia. En primer lugar, el poco trabajo formal existente como producto de reducidas y frágiles relaciones salariales, lo cual se agudizó en el marco de unas reformas neoliberales que aumentaron la desindustrialización con la apertura comercial, flexibilizaron aún más el trabajo, auspiciaron la informalidad y favorecieron al sector financiero, el mismo en el que se depositarían los enormes recursos del sistema, primero centralizados en el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) y recientemente en la Administradora de los Recursos del Sistema (Adres). Por ello, el régimen contributivo comenzó siendo minoritario y el régimen subsidiado mayoritario, es decir, vía subsidios a la demanda, el Estado asumía una carga grande para sostener al sistema, lo cual no dejaba de ser paradójico en un modelo de mercado regulado.

El surgimiento de las EPS implicó en principio que estas compitieran en el mercado con base en la calidad de su oferta para lograr más afiliados. Fotografía: Pxhere.

En segundo lugar, el sistema concibió la salud como un servicio público que, al ser prestado por entidades privadas y públicas, en el marco de un mercado regulado, podía verse como una mercancía asequible de acuerdo con la capacidad de pago de cada ciudadano. Esta lógica, inmersa ya en la Constitución de 1991, contradecía los mecanismos que se habían establecido para la defensa del derecho a la salud, entre ellos la tutela. Así, el ordenamiento constitucional y la Ley 100 de 1993 fundamentaron una contradicción muy problemática. El sistema negaba el derecho y la Corte Constitucional lo defendía vía tutela. Al final, con este sistema de seguridad social, Colombia terminó por ser uno de los únicos países en el mundo donde esa doble lógica de derechos/mercado obligaba a que los pacientes fueran primero a un juez y luego al hospital, a fin de garantizar su atención en salud.³

Pero el problema más grave del sgsss para instituciones como el Cancerológico fue que la lógica del mercado forzó a los hospitales públicos a empresarizarse y a adaptarse a la competencia regulada a través de la autosostenibilidad y bajo el principio de la eficiencia, so pena de desaparecer ante la muy difícil competencia con los privados y el recorte de los recursos del Estado para la financiación del sector salud que se desprendía de la nueva doxa neoliberal. En este contexto de competencia y

3 Esta problemática ha permeado el sistema de salud hasta hoy en día. En un informe de Yamid Amat, publicado por el periódico *El Tiempo* del 25 de enero de 2020, informaba que en 2019 se habían presentado 600 000 tutelas a la Corte Constitucional para obtener servicios negados en salud, por lo cual el alto tribunal se había visto en la necesidad de recurrir a procedimientos de inteligencia artificial para poder manejarlas.

adaptación forzosa, el instituto logró sobrevivir sin detener su proceso de consolidación y ajuste interno, regulando nuevos aspectos de su funcionamiento. Un ejemplo de ello fue el Acuerdo 0016 de 1995, por el cual se estableció la estructura interna del INC y se determinaron las funciones de sus dependencias como acuerdo principal. En respuesta al nuevo marco institucional, el instituto se dotaba de una renovada estructura básica, hasta el nivel de subdirección. Más adelante se crearon, mediante 65 resoluciones, diferentes grupos de trabajo que vinieron a complementar la organización asistencial, administrativa, docente e investigativa.

El periodo de transición y adaptación a la nueva manera de organizar los servicios de salud en el país propuesta por la Ley 100 le impuso nuevos retos al sector hospitalario. En esos años se combinó el esfuerzo gubernamental de paliar las crisis hospitalarias bajo las formas tradicionales de aumento de los recursos y las nuevas presiones que imponía, sobre todo al final del periodo, el modelo de competencia regulada. La adaptación al SGSSS en materia hospitalaria fue lento. En los hospitales emergió el sistema de facturación por servicios como pilar de autofinanciación y se hicieron más frecuentes y exigibles la rentabilidad financiera, la eficiencia administrativa y el costo-beneficio de cada acción o intervención en la atención en salud. Las entidades que no lograron hacer esta transformación enfrentaron una crisis generalizada que llevó a muchas a su cierre definitivo.

Manteniendo cierta inercia en los mecanismos de financiación de los hospitales que provenían del Sistema Nacional de Salud, los ingresos del sector hospitalario en el Distrito Capital tuvieron un marcado aumento hasta 1997. Así, en 1994 los hospitales públicos reportaron ingresos de 52 667 708,2 pesos;

mientras en 1997 esta cifra alcanzó los 480 457 329,9 pesos. Al examinar más detenidamente este comportamiento, es posible ver que la cuenta de mayor importancia dentro de las fuentes de financiación de las instituciones era el situado fiscal, que participaba con el 69,9% del total de ingresos. Es decir que, hasta 1997 —bajo el Gobierno del presidente liberal, Ernesto Samper Pizano—, durante la transición hacia el modelo de Ley 100, el Estado siguió dando soporte a los hospitales públicos con recursos fiscales, pero esta situación cambió drásticamente en los años siguientes.

En efecto, las proporciones de aportes públicos y rentas propias se trocaron al finalizar el periodo, cuando el situado fiscal aportó el 32,2%, mientras los ingresos corrientes, producto de la venta de servicios, comenzaron a significar cerca del 51% en 1997 (Vega y Caro 2006, 240 y 241). La situación presupuestal de este último año coincide justamente con la aprobación del



Dentro del Sistema se convirtió en un hecho común el reclamo de servicios y medicamentos a través del mecanismo de la tutela. *El Tiempo*, julio 10 de 1997.



Izquierda: Ernesto Samper Pizano fue presidente de la República entre 1994 y 1998.
Fotografía: Nina Zambrano Díaz.
Creative Commons.

Derecha: el recorte de recursos estatales para los hospitales dio lugar a una crisis sin precedentes, que obligó al cierre de un número importante de centros asistenciales. *El Tiempo*, octubre 26 de 1992.



Gobierno para buscar soluciones. Prueba de ello fue la intervención ante la Cámara de Representantes del entonces ministro de Salud, quien manifestó de manera vehemente que el Hospital San Juan de Dios de Bogotá podía cerrarse sin afectar el cumplimiento de servicios de salud de la ciudad, a cargo del sector oficial. Aún más, dejó entrever que esa era la fórmula contemplada desde su despacho para ponerle fin a la prolongada agonía del legendario centro asistencial. Después de seis meses de estado crítico, el San Juan de Dios cerró y generó no solo una crisis en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional, sino un verdadero drama social para miles de pacientes de bajos recursos de todo el país, además de lo que implicaba para los trabajadores de esa institución. También en 1999 el Hospital Infantil Lorencita Villegas de Santos fue cerrado y la Clínica Fray Bartolomé de las Casas se vio envuelta en un pleito surgido entre la Secretaría Distrital de Salud y la Universidad Santo Tomás.

La crisis de los hospitales propiciada por la reforma de 1993 comenzó a afectar muy pronto al INC, no solo en materia presupuestal, sino incluso en su vocación científica inicial. El imperativo de eficiencia —con el que se presionó a muchos hospitales públicos— comprometió su papel docente e investigativo y limitó la atención oportuna a los

Pídan al Gobierno análisis de la problemática

Cuerpo médico lanza alerta por cierre de hospitales

El Consejo Superior de Instituciones Médicas impugna las últimas disposiciones gubernamentales en relación con la suspensión de recursos para el sostenimiento de los hospitales y las academias del país, y manifiesta su preocupación por las consecuencias funestas que puedan acarrear.

El Cuerpo Médico representado en el Consejo Superior, y por intermedio de su secretario ejecutivo, médico Hernando Ferrero Caballero, hizo las siguientes reflexiones:

Entre los deberes primordiales del Gobierno está el de proteger la vida, la salud y el bienestar de los ciudadanos.

De los primeros establecimientos que organizaron las comunidades humanas desde tiempos remotos fueron los hospitales para atención de sus gentes, porque indudablemente la salud es vida, y sin ella no se puede desarrollar ninguna actividad.

Así, en Colombia, desde 1513, se fundaron los hospitales de Santa María del Darién y Cartagena, Santa María y Santa Fe. Gonzalo Jiménez de Quesada, con los jefes de su ejército, en 1539 le solicitó al Rey Carlos V que ordenara la construcción de un hospital y le señalara una renta para su sostenimiento.

Los hospitales de todas las ciudades del país han estado cumpliendo con una loable labor humanitaria: los médicos y el personal de atención hospitalaria han demostrado su mística y apostolado en la asistencia de las gentes necesitadas, a través de los tiempos, y los gobiernos siempre han cooperado económicamente para el mantenimiento de las funciones de estos establecimientos públicos.

Al no disponer los hospitales de los recursos necesarios para su funcionamiento se venían obligados a cerrar sus puertas,

lo que significará abrir el camino de la muerte para los estratos sociales económicamente desprotegidos y la consiguiente repercusión en toda la población por las epidemias, falta de mano de obra y las reacciones sociales.

Todos los ciudadanos de una u otra manera contribuimos económicamente al sostenimiento de las organizaciones y entidades gubernamentales y sociales; además, con nuestro aporte intelectual procuramos imprimirle un derrotero científico actualizado a la prosperidad nacional.

Precisamente, a los 500 años de instalada la civilización europea en Colombia se carece de entendimiento entre los estratos sociales y se acrecienta la violencia, predomina el desequilibrio en la repartición de recursos, retrocedemos al abismo de la indolencia, la falta absoluta de sensibilidad social y el desconocimiento de uno de los derechos fundamentales de la vida:

la salud.

Una vez más se demuestra la importancia de tener presente en las directivas nacionales el concepto integral de salud y su trascendencia social. Sin embargo, no se les ha prestado atención a los planteamientos sobre organización y desarrollo de las ciencias de la salud expuestos por médicos especialistas.

El Consejo Superior de Instituciones Médicas, el Cuerpo Médico en general y la sociedad consciente esperamos que el Gobierno analice esta problemática y disponga de las estrategias necesarias orientadas a proporcionar los recursos indispensables permanentes y oportunos para el funcionamiento adecuado de los establecimientos hospitalarios, destinados a prodigar la salud al pueblo colombiano.

Los pilares de la prosperidad de los pueblos se fundamentan en la salud y el potencial intelectual de sus gentes.

pacientes, como resultado de los altos costos en los tratamientos y la cada vez más demorada ruta de autorización de servicios en las EPS, de las cuales comenzó a depender la mayor parte del presupuesto de la entidad. Además, con el advenimiento de la Ley 100, las actividades relacionadas con el control del tabaquismo pasaron a ser responsabilidad compartida con el Ministerio de Salud, el Plan Nacional de Cáncer disminuyó su



Centros hospitalarios tradicionales como el San Juan de Dios (arriba) o el Hospital Infantil Lorencita Villegas de Santos (abajo), entre otros, cerraron sus puertas en 1999 por falta de recursos para su funcionamiento.

alcance, por las características del nuevo sistema, y el Programa de Detección Temprana del Cáncer de Cuello Uterino perdió su carácter vertical y se convirtió en un conjunto de actividades descentralizadas cuya ejecución quedaba a cargo de las aseguradoras (EPS y ARS) y de las IPS (Cortés 2007).

Dentro del nuevo sistema se reglamentaron acciones enfocadas en la detección temprana del cáncer, definiendo actividades colectivas, como la educación y la canalización de pacientes para la toma de la citología dentro del Plan de Atención Básica (PAB), y acciones individuales, que incluían la educación y la realización de la mamografía dentro del Plan Obligatorio de Salud (POS). En la transición hubo confusión sobre las funciones y las responsabilidades territoriales e institucionales frente a las actividades de detección y control del cáncer, lo que se sumó a la debilidad de los sistemas de información y de vigilancia y a los problemas relativos al control de calidad de los programas dentro de un esquema descentralizado. A pesar de ello, el Programa de Cáncer de Cuello Uterino favoreció una mayor conciencia y generó una cultura alrededor del diagnóstico precoz de esta enfermedad.

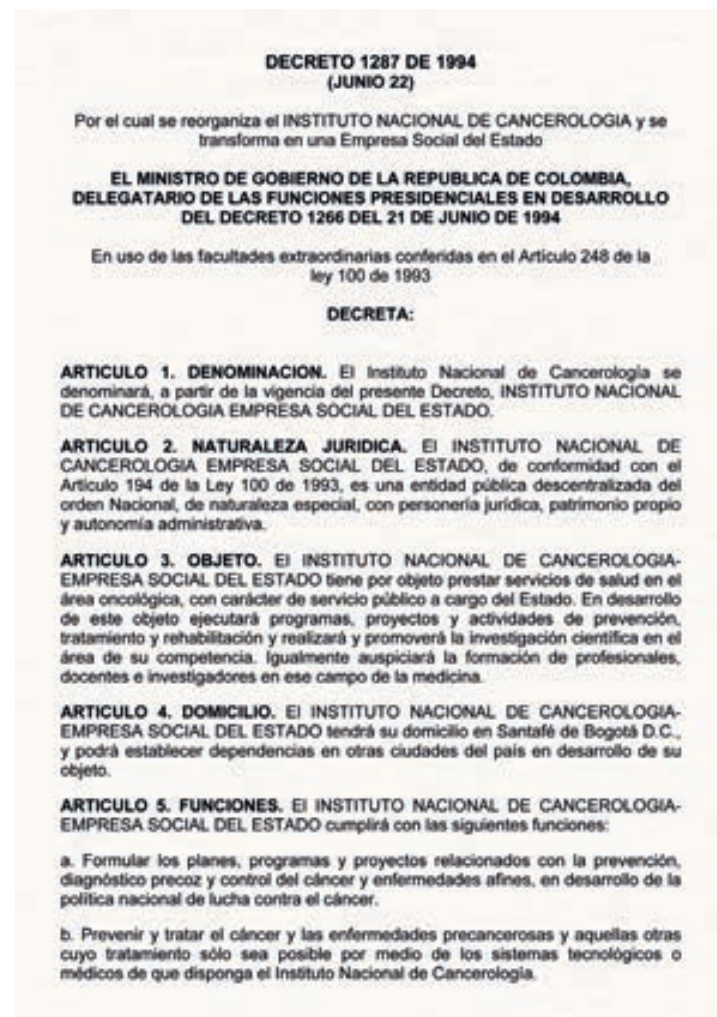
LA ADAPTACIÓN DEL INSTITUTO A LA LEY 100 DE 1993 Y EL DIFÍCIL INICIO EN EL NUEVO SISTEMA

Comenzando 1994, en algunos hospitales y clínicas del país iniciaron unos cambios normativos y unas adecuaciones para poder responder al contexto creado por el nuevo sgsss. En el caso del INC, el 20 de enero de 1994, en la primera sesión ordinaria de la Junta Directiva y bajo la presidencia del secretario gene-

ral del Ministerio de Salud, doctor José Vicente Casas Díaz, se planteó la necesidad de conformar una comisión que tramitara lo dispuesto en el artículo 248 de la Ley 100, relativo a la transformación de los hospitales públicos en ESE (Empresa Social del Estado). La comisión se formó, en efecto, y de ella hicieron parte la doctora Ingrid Montealegre Murcia, secretaria general del INC; el doctor Hernando Galindo Barrios, como asesor del director del instituto, y el doctor Augusto Llamas Mendoza, jefe de la División Académica del INC. Como resultado del trabajo de dicha comisión, el 22 de junio de 1994 se expidió y entró en vigor del Decreto 1287, que convertía al instituto en una ESE. Este cambio se sustentaba en lo establecido en el artículo 194 de la Ley 100 de 1993, que definía a las ESE como entidades públicas descentralizadas del orden nacional, de naturaleza especial, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa. Este decreto actualizaba el objeto del INC-ESE en los siguientes términos:

[...] prestar servicios de salud en el área oncológica, con carácter de servicio público a cargo del Estado. En desarrollo de este objeto ejecuta programas, proyectos y actividades de prevención, tratamiento y rehabilitación y realizará y promoverá la investigación científica en el área de su competencia. Igualmente auspiciará la formación de profesionales, docentes e investigadores en ese campo de la medicina.

También se establecían los propósitos generales de la institución, la composición y las funciones de la Junta Directiva y del director, su régimen de contratación y otros aspectos más, todo ello en la perspectiva de la adaptación al nuevo contexto generado por el sgss.



El Decreto 1287 de 1994 convirtió al INC en Empresa Social del Estado, es decir, en una entidad pública descentralizada del orden nacional, de naturaleza especial, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa.

Otra consecuencia directa, tanto de la Constitución de 1991 como de la Ley 100 de 1993, fue la decisión de ceder los bienes del Instituto Colombiano de Oncología Pediátrica al INC-ESE (AINC 1994a, 2). Esta fundación sin ánimo de lucro, creada en 1982 con el propósito de apoyar los programas de pediatría del instituto, no podría recibir recursos del Gobierno nacional en el nuevo contexto constitucional y del SGSSS («Auxilio» 1992, 7). Pero, conservando sus objetivos, podría mantener una sede situada en el norte de la ciudad de Bogotá para atender la consulta externa. Hacerlo implicaba establecer inicialmente un comodato de cuatro años y luego, al finalizar ese periodo, se haría el traspaso total de sus bienes al INC-ESE.

Ahora bien, la modificación en la naturaleza y en la denominación del instituto como ESE fueron insuficientes para afrontar el nuevo contexto sectorial y hospitalario: se percibía la necesidad de intentar una transformación radical en clave financiera y en el sentido de un mercado regulado. Un informe de análisis financiero contratado en 1994 ponía en evidencia algunas fallencias históricas del INC-ESE que le impedirían adaptarse fácilmente al nuevo escenario. Allí también se llamaba la atención sobre la necesidad de introducir mejores principios de gestión financiera en la institución. El informe señalaba como problemática la fuerte dependencia del instituto de los recursos del Gobierno central, pues las rentas propias eran muy pequeñas y la atención gratuita de los pacientes superaba ampliamente la de los que podían pagar los servicios. Estos dos aspectos debían transformarse en el contexto de una realidad de mercado regulado en el marco de un modelo de desarrollo que apuntaba a la privatización. Ello exigía ahora la adaptación de las antiguas estructuras hospitalarias a principios de eficiencia, autosostenibilidad y competencia. El informe decía:

Hasta la fecha el Instituto ha tenido una función puramente social y esto lo demuestran las estadísticas, al reflejar que el porcentaje más alto, 70 % promedio de 1989 a 1994, corresponde a pacientes clasificados en categoría «E», que hasta la fecha reciben el servicio en forma gratuita; por el contrario, los clasificados como pacientes institucionales «A» han representado dentro de la población de pacientes del Instituto Nacional de Cancerología tan solo el 10,2 % en promedio de 1988 a 1994. (AINC 1994b, 1)

El instituto venía estableciendo el trámite necesario para intentar adaptarse al mercado, proponiendo tarifas diferenciales de acuerdo con la capacidad económica de la «clientela», pero ello aún no mostraba sus resultados:

- Categoría A: 100 %
- Categoría B: 75 %
- Categoría C: 50 %
- Categoría D: 25 %
- Categoría E: 0 %

Sin embargo, la clasificación socioeconómica por categoría no era la más adecuada según los analistas, pues no estaba hecha con criterios objetivos y controles acertados que permitieran verificar la veracidad de la información suministrada por los pacientes y así determinar su capacidad de pago (AINC 1994c, 5). El comportamiento en la atención de pacientes entre 1988 y 1994 demostraba el gran peso que a inicios de la década de los noventa seguían teniendo los pacientes de categoría E, que siempre se atendían de manera gratuita, así como variaciones importantes en los pacientes tipo B de la seguridad social, que

1. Se dió lectura al Acta No. 003, de la reunión ordinaria del día 24 de marzo de 1994. La Honorable Junta Directiva aprueba el Acta No. 003 de 1994.

2. Se sometió a consideración de la Honorable Junta Directiva el Proyecto de Acuerdo por el cual se efectúa un Contracrédito y un Crédito en el presupuesto de funcionamiento del Instituto Nacional de Cancerología para la vigencia fiscal de 1994, por valor de VEINTE MILLONES DE PESOS (\$20,000,000.00) M/CTE.

La Honorable Junta Directiva aprueba el Acuerdo de un contracrédito y un crédito.

5. Varios

El Doctor Juan Manuel Zea informó a la Honorable Junta Directiva, que el Instituto Colombiano de Oncología Pediátrica, Fundación creada en 1982, para apoyar los programas de pediatría del Instituto Nacional de Cancerología, tomó la determinación de ceder sus bienes al Instituto Nacional de Cancerología. De esta manera, conservando los objetivos iniciales de la Fundación, se podría tener una sede en el norte; Calle 120 No. 8-23, para atender la Consulta Externa. Para esto se hará inicialmente un comodato a cuatro (4) años, para luego hacer traspaso total de los bienes al finalizar este período.

Cosenta al Dr. Zea, que con motivo de la celebración de los 60 años del I.N.C. se llevará a cabo el primer Curso Internacional de Cuidados Paliativos los días 21, 22 y 23 de julio, así como la inauguración del Edificio de Consulta Externa por parte del señor Presidente de la República Dr. Cesar Gaviria Trujillo.

No habiendo más puntos a tratar se dió por terminada la reunión siendo las 2:00 p.m.

Dr. JOSE IGNACIO ARBELAEZ
Presidente

JUAN MANUEL ZEA, MD. FACS.
Secretario

Los bienes del Instituto Colombiano de Oncología Pediátrica, fundado en 1982, fueron cedidos al INC-ESE, debido a que no podría recibir recursos del Gobierno nacional en el nuevo contexto constitucional y del SGSSS. Archivo INC.

con la implementación de la Ley 100 de 1993 comenzarían a tener una participación significativa (tabla 64).

A la vez, la atención de estos pacientes supuso variaciones en el periodo 1989-1993 en materia de los gastos generales y del rubro más importante dentro de ellos: los materiales y suministros, el cual aumentó drásticamente en 1991 debido a la coyuntura económica del país. Producto de ello es que este rubro para 1993 ya alcanzaba el 88,49 % de los gastos generales (tabla 65).

Además de ello, otros aspectos exógenos incidían en la pobre generación de rentas propias: la demora en la definición de tarifas del instituto, la falta de contratos y la obstaculización en el pago de los servicios prestados al ISS, debido a la excesiva tramitología. Esto último era muy grave, pues el ISS representaba en aquel momento el 90 % de los ingresos del INC-ESE y en la vigencia de 1994 no había realizado ningún pago hasta bien avanzado el año, mientras que en vigencias anteriores el instituto había tenido que adecuarse a las tarifas propuestas por el Seguro, las cuales no cubrían los costos reales de un tratamiento integral.

Estos elementos prendían las alarmas: el INC-ESE «[...] no será rentable por cuanto la venta de servicios se hace a una población de escasos recursos y que se acomoda a las características de calidad que tiene el Instituto; en mi concepto la calidad no es óptima por cuanto el servicio no es oportuno y no se cuenta con la infraestructura para competir con el mercado existente» (AINC 1994b, 7). La rotación de cartera era otro asunto preocupante. El tiempo de recuperación había pasado de 677 días en 1989 a 705 en 1993. Esto significaba que el INC-ESE se tardaba más tiempo que otras instituciones en acceder al pago derivado de la prestación de servicios por causa, según el informe, de la inexistencia de políticas claras al respecto. Esto era discutible si se tienen en cuenta los esfuerzos hechos alre-

Tabla 64. Pacientes nuevos en el periodo 1988 a 1994 discriminados por categorías

Cat.	1988		1989		1990		1991		1992		1993		1994	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
A	628	10,17	530	8,71	507	7,58	754	11,56	795	16,68	-	-	-	-
B	17	0,27	14	0,23	4	0,06	12	0,18	13	0,27	2230	33,38	1034	25,12
C	176	2,85	142	2,33	111	1,66	170	2,61	161	3,38	-	-	-	-
D	1527	24,73	1581	26,00	1139	17,03	1485	22,77	161	3,38	-	-	-	-
E	3827	61,98	3815	62,73	4928	73,67	4102	62,88	3635	76,29	4450	66,62	3083	74,88
Total	6175		6082		6689		6523		4765		6680		4117	

Tabla 65. Gastos generales, suministros y materiales y presupuesto general entre 1989 y 1993

Rubro	Valores	1989	1990	1991	1992	1993
Gastos generales	Valor millones	1496,50	1450,50	2592,90	3569,90	4424,90
	Porcentaje respecto del presupuesto total	46,00	39,93	47,53	43,49	43,48
Materiales y suministros	Valor millones	803,70	1069,80	1776,30	2671,70	3561,50
	Porcentaje respecto de los gastos generales	53,70	73,75	68,50	74,84	88,49
Total del presupuesto	Valor millones	3249,10	3632,20	5454,80	8208,40	10177,50

Fuente tablas 64 y 65: AINC (1994b).

dedor de dicho tema en 1990 y 1991 y a que ningún otro hospital presentaba tan altos porcentajes de recuperación de cartera, lo cual raramente sucedía en el anterior Sistema Nacional de Salud. Y también era el producto de un sector, como el de la salud, que contaba con pocos recursos en un contexto de crisis económica, ajuste y austeridad.

Otro aspecto del informe resaltaba que la mayor parte de los gastos generales se iba en materiales y suministros, lo que significaba que una buena porción de los recursos estaban invertidos en medicamentos y otros elementos perecederos que no se compraban con base en una programación clara y que, además, conllevaban un alto riesgo de pérdidas por vencimiento o por el pago de precios altos, debido a compras coyunturales y no planeadas. En cambio, el rubro de compra de equipos había disminuido, al pasar de 461,1 millones de pesos en 1989 a 132,6 millones en 1993, lo que significaba que el instituto no había «adoptado políticas para remodelar equipo y mobiliario hospitalario y es así como en la actualidad la infraestructura física es obsoleta y [está] en mal estado lo que impide la prestación adecuada y óptima de los servicios, con sus consecuencias en la venta de servicios y por ende en rentabilidad» (AINC 1994b, 9).

A estas falencias se sumaba un aumento de los gastos en mano de obra, que habían pasado de 950 millones en 1989 a 4643,9 millones en 1994. A la luz del analista, esta era una erogación muy grande para el presupuesto del instituto. No obstante, vale la pena preguntarse si estos costos suponían salarios justos para un personal que a lo largo de su historia siempre se había quedado corto ante la demanda de servicios por parte de los pacientes, cuyo número crecía permanentemente. La visión economicista de este análisis reducía la discusión al incremento de los costos, pero ¿se tenían en cuenta las

necesidades prestacionales, la demanda de servicios y la proporción personal de salud/número de pacientes atendidos? Es discutible la visión poco integral de esta evaluación, pero más acertados eran sus llamados de atención sobre los problemas en la gestión hospitalaria. El instituto carecía de una adecuada programación de compras, de manuales de procedimientos, de control de inventarios y de una distribución de recursos técnica y actualizada. Todo ello derivaba en altos costos financieros y, sobre todo, administrativos.

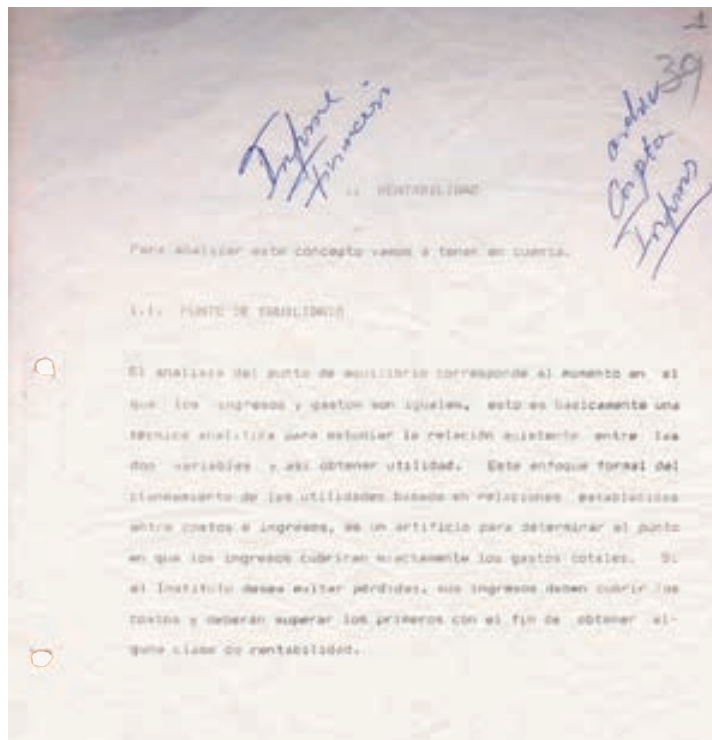
Producto de este complejo panorama, el informe delineó algunas recomendaciones a tono con el nuevo contexto de mercado regulado introducido por la Ley 100 de 1993 y por las lógicas predominantes de la reciente gestión hospitalaria. Dentro de ellas se destacaban: hacer periódicamente un análisis de punto de equilibrio; presentar informes de ejecución de todas las dependencias; establecer una rotación adecuada de inventarios; planear las compras siguiendo los aspectos de anualidad, minimización de las órdenes de compra, evaluación de contratos y creación de programas de ejecución de labores, y, lo más importante en el nuevo contexto, aumentar la venta de servicios. Para lograr esto último se proponía no seguir subsidiando el 90 % de las consultas y mejorar la calidad del servicio en términos de oportunidad, tecnología, eficiencia, eficacia y adecuación, además de modernizar la infraestructura física. Por último, según el informe, sería conveniente para el INC-ESE desarrollar procedimientos internos actualizados y acordes con las nuevas reglamentaciones del Estado y hacer más eficiente el uso de los recursos disponibles.

LOS PRIMEROS SESENTA AÑOS DEL INSTITUTO, EL AUGE DE LA INVESTIGACIÓN, NUEVOS EQUIPOS Y NUEVAS TECNOLOGÍAS

Con motivo de la celebración de los sesenta años del INC-ESE, se organizó desde enero de 1994 el Primer Curso Internacional de Cuidados Paliativos (los días 21, 22 y 23 de julio), así como la inauguración del Edificio de Consulta Externa por parte del presidente de la República, César Gaviria Trujillo. El interés en el curso tenía que ver con la emergencia, relativamente reciente, de los cuidados paliativos en el campo de la oncología, un asunto que interesó al director, doctor Juan Manuel Zea. Este mismo interés lo llevó, en 1994, a elaborar un proyecto de acuerdo por el cual se creaba una sección dedicada a estos cuidados dentro de la estructura interna del INC-ESE, así como un nuevo cargo dentro de la planta de personal para manejarlos institucionalmente (AINC 1994c, 3).

Con esta sección se buscaba dar un tratamiento adecuado y humanitario a pacientes con enfermedades avanzadas que ya no se podían curar. Este tipo de abordaje, denominado ya por la comunidad oncológica internacional como *cuidados paliativos*, implicaba el tratamiento sintomático y espiritual para los pacientes próximos a la muerte y se había desarrollado en la práctica médica de no pocos hospitales del mundo desde unos decenios antes (Mukherjee 2012, 283-285). En el país, el Decreto 1287 de 1994 facultaba a la Junta Directiva para la creación de

La rentabilidad se convirtió en un asunto de preocupación para el INC, lo que lo llevó a hacer análisis de punto de equilibrio y evaluar los contratos de servicios. Archivo INC.



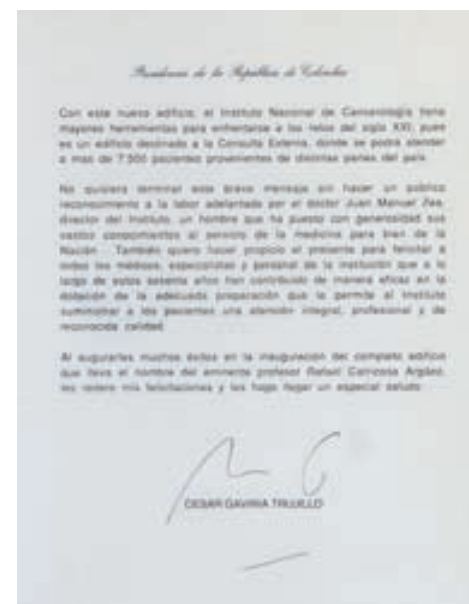
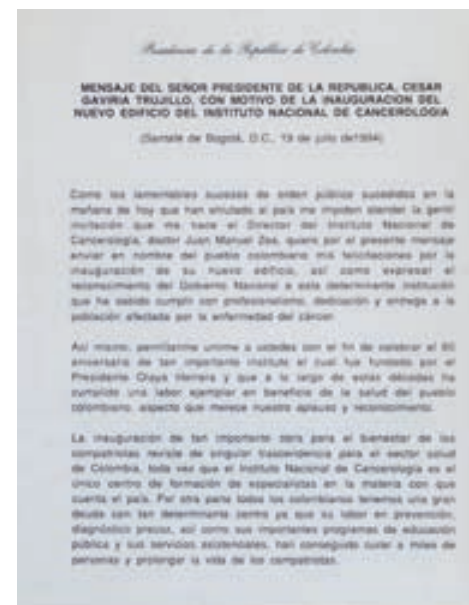
esta nueva sección que podría ser vista, en el caso de Colombia, como una necesidad desde las discusiones seminales de Alfonso Esguerra en los años treinta y cuarenta del siglo xx, reseñadas en páginas anteriores. La Junta Directiva no solo aprobó el proyecto de acuerdo presentado por el doctor Zea, sino que además autorizó al director para realizar un viaje a Madrid (España) y visitar la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital Gregorio Marañón, en respuesta a la invitación hecha por el doctor Juan Manuel Núñez Olarte, con el propósito de estudiar en detalle cómo había sido la implementación y el funcionamiento en ese país (AINC 1994d, 3). El viaje del doctor Zea tuvo lugar y fue aprovechado para asistir al XVI Congreso Mundial de Cáncer y a la Asamblea de la Unión Internacional contra el Cáncer, realizados en Nueva Delhi (India), entre el 23 de octubre y el 11 de noviembre de 1994.

Ya sobre diciembre de ese año, la Junta Directiva aprobó dos medidas importantes para el INC-ESE: 1) el Proyecto de Acuerdo, por medio del cual se adoptaban sus estatutos internos y 2) una propuesta formal, elaborada por el doctor Zea y presentada al Ministerio de Hacienda y Crédito Público, para reclasificar los cargos y sueldos del personal médico y paramédico que venía quejándose de sus condiciones laborales en los últimos meses (AINC 1994d, 2-3). Iniciativas de este tipo, pese a las dificultades financieras que las problematizaban y aplazaban, siempre constituían un aliciente para los trabajadores y las trabajadoras de todos los sectores y niveles profesionales.

Para 1994 el desarrollo investigativo había crecido en el instituto gracias a varios estudios referentes a las diversas modalidades terapéuticas vigentes en el tratamiento de cáncer, que iban desde la cirugía, la radioterapia, la quimioterapia y los trasplantes de médula, hasta otras que las complementaban, como la hormonoterapia. Entre finales de 1994 y principios de 1995 se implementaron investigaciones que ilustran los temas que ocupaban al personal científico del INC-ESE: «Estudio de tendencia hipercoagulable en pacientes con cáncer», «Obtención *in vitro* del factor de necrosis tumoral», «Protocolo para el tratamiento de la enfermedad linfóide maligna de alto riesgo (ELMAR)», «Quimioterapia intensiva no mieloablativa en linfomas agresivos

Sigue en página 474

El presidente César Gaviria Trujillo envió un mensaje al instituto durante la inauguración del edificio de Consulta Externa, en 1994. Archivo INC.



UNIDAD DE DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS

Los cuidados paliativos, cuidados de alivio o cuidados médicos de apoyo son el conjunto de acciones para mejorar la calidad de vida de los pacientes, adultos y niños, y de sus allegados, que tienen una enfermedad grave o potencialmente mortal como el cáncer. Su meta es prevenir o aliviar el sufrimiento ocasionado por el dolor y otros problemas, tratar lo antes posible los síntomas de la enfermedad, los efectos secundarios del tratamiento y los problemas psicológicos, sociales y espirituales que pueda generar.

El incremento en el número de personas con enfermedades crónicas en Colombia ha convertido a los cuidados paliativos en una necesidad fundamental. Se estima que aproximadamente el 70 % de quienes fallecen en el país padecen una enfermedad crónica y pasan por una etapa de enfermedad avanzada y terminal con una serie de necesidades que requieren atención en cuidados paliativos.

En el Instituto Nacional de Cancerología, estos cuidados hacen parte del sistema integral —centrado en el paciente— para el control del cáncer, junto con el control del riesgo, la detección temprana, el diagnóstico y la rehabilitación.

La historia de esta especialidad en Colombia se remonta al final de la década de los años ochenta del siglo xx. En esa época, la mayoría de los pacientes que llegaban al instituto estaban en estadios avanzados de la enfermedad. Los médicos de distintas disciplinas que en ese entonces vieron la necesidad de ofrecerles

cuidados paliativos, crearon una consulta específica para controlar el dolor en los pacientes y atender integralmente la enfermedad avanzada. En 1995 se creó oficialmente en el INC la Unidad de Dolor y Cuidados Paliativos.

Los esfuerzos que estaba realizando el instituto para fortalecer esa primera unidad coincidieron con la creación de grupos multidisciplinarios de cuidados paliativos impulsados por la OMS, principalmente en países en vías de desarrollo. Gracias a ese apoyo, varios de los médicos del equipo del INC tuvieron la oportunidad de entrenarse en prestigiosas instituciones y luego regresar al país para poner en marcha un área integrada por enfermeras, psiquiatras y psicólogos, trabajadores sociales y voluntariado.

Así mismo, y gracias a la importancia que tiene para el INC la formación de profesionales especializados en su área, formalizó junto con la Pontificia Universidad Javeriana las segundas especialidades entre las que se encuentra la medicina del dolor y cuidados paliativos, que el Ministerio de Educación Nacional certificó en 1998. Hoy el programa tiene más de cincuenta egresados que trabajan en todo el territorio nacional y son líderes de la materia en sus instituciones.

El desarrollo de la especialidad implicó, además de ofrecer nuevos servicios, mejorar el nivel de la calidad y la efectividad principalmente en el control de síntomas y en el establecimiento

de protocolos multidisciplinarios para atender a los pacientes. Así, el servicio que antes tenía el manejo del paciente durante sus últimos días, semanas o meses de vida, se convirtió en una intervención de soporte que inicia prácticamente con el diagnóstico de la enfermedad y atiende problemas físicos y emocionales del paciente y de sus allegados.

EN CONSONANCIA CON EL AVANCE MUNDIAL

En el año 2000 los cuidados paliativos fueron incluidos en la Convención Internacional de los Derechos Económicos Sociales y Culturales, lo que implica que los Estados están en la obligación de respetar el derecho a la vida y, además, de garantizar los servicios preventivos, curativos y paliativos. En 2013 los medicamentos esenciales de cuidados paliativos fueron incorporados en la lista de la Organización Mundial de la Salud y en 2014, la 67^a. Asamblea Mundial de la Salud adoptó una Resolución de Cuidados Paliativos que insta a los gobiernos a fortalecer dichos cuidados como parte del tratamiento integral a lo largo de la vida.

El trabajo realizado por el instituto para alinearse con las tendencias internacionales y mantenerse como un referente nacional, se centra especialmente en el modelo de atención de unidades funcionales en cáncer. Su objetivo es cambiar el modelo de atención centrado solamente en las capacidades de los médicos, a uno centrado en el paciente y sus particularidades clínicas. Adicionalmente, propuso un modelo de atención de soporte oncológico enfocado en el cuidado de pacientes con enfermedades avanzadas en los diferentes niveles de atención en salud en Colombia.

LA IMPRONTA DEL INC EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS

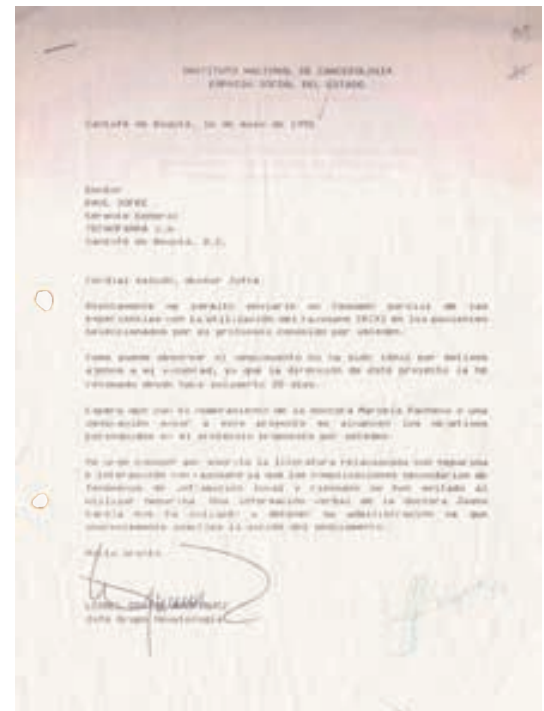
En la prestación de los servicios en cuidados paliativos existen dos líneas paralelas que han apalancado su desarrollo. Una eleva el dolor a la categoría de signo vital, como la tensión arterial y la temperatura, y busca estimular a todos los actores de los sistemas de salud para que le den mayor importancia a este en las personas con enfermedades agudas, subagudas o crónicas. La segunda entiende el cuidado paliativo como un derecho humano reconocido por la Organización de las Naciones Unidas, similar a los derechos del niño, de la mujer o de los discapacitados.

Es de resaltar que el INC está a la vanguardia de los movimientos internacionales, pues reconoce los cuidados paliativos expresamente en el contexto del derecho humano a la salud, y proporciona servicios de salud integrados y centrados en la persona, sus necesidades y preferencias.

El instituto, además, a través de su dirección y de la Unidad de Dolor y Cuidados Paliativos, integra el Observatorio Colombiano de Cuidados Paliativos, con el ánimo de generar nuevos conocimientos sobre el desarrollo de estos cuidados en el país y de articular la información obtenida en el desarrollo de su misión.




Instituto Nacional
de Cancerología-ESE
Colombia
Por el control del cáncer



refractorios», «Protocolo para tratamiento de la LLA L3 (LLAB) y de los linfomas Burkitt y no Burkitt», «Protocolo de tratamiento de la leucemia mieloide crónica», «Protocolo de quimioterapia de altas dosis seguido de trasplante autólogo de médula ósea con células madre periféricas en cáncer de seno en el INC» y el «Protocolo Razoxane en linfoma no Hodking». Particularmente, en este último estudio, los informes enviados a la empresa Tecnofarma S.A. ponían en evidencia dificultades para realizar estos trabajos en medio de la dinámica asistencial y los cambios administrativos, pero también debido a interacciones con otros medicamentos, como ocurrió con varios pacientes que simultáneamente recibían heparina, razón por la cual se había suspendido el protocolo, como lo informó el doctor Leonel Ospina, jefe del Grupo de Hematología, a la empresa farmacéutica encargada de la distribución de tal medicamento.

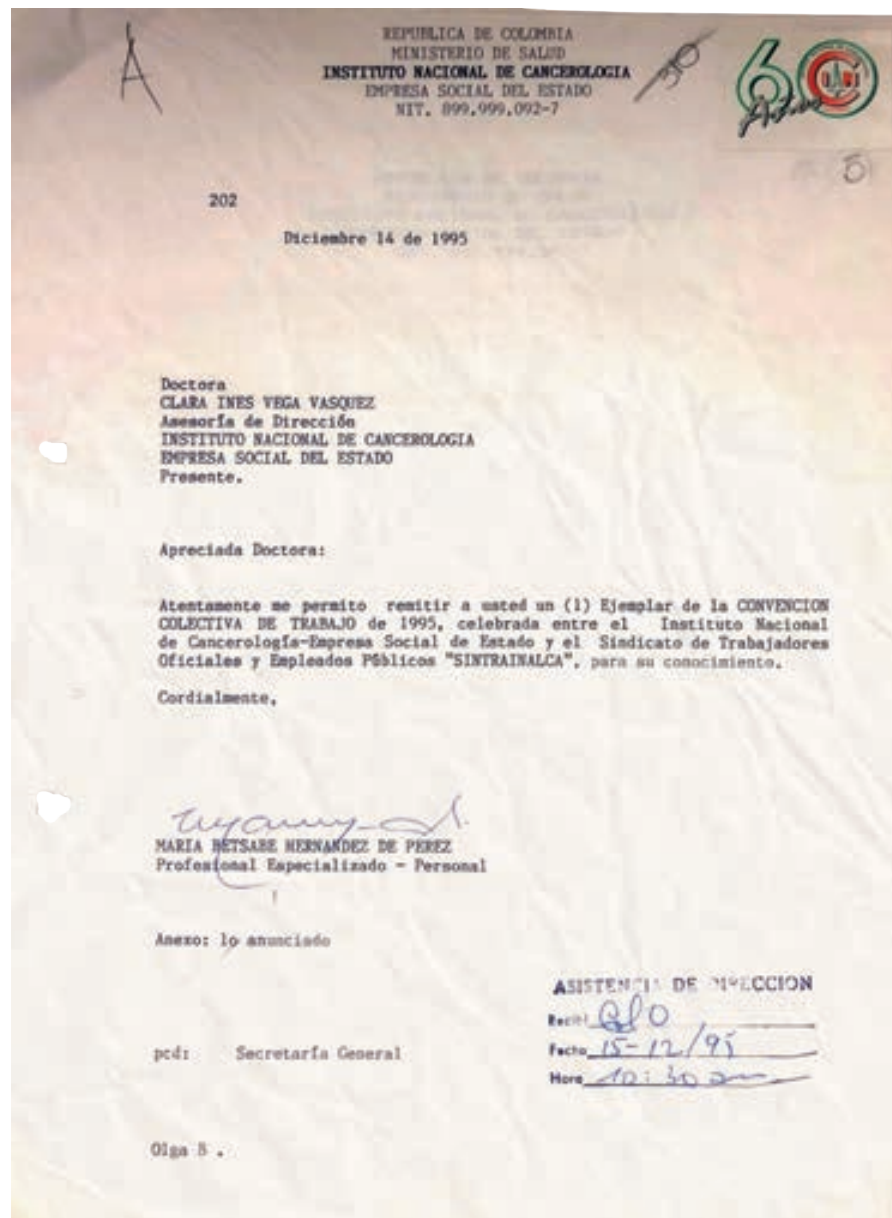
La realización de estos estudios no fue sencilla en un contexto complejo de desfinanciación de la investigación y de la adaptación del país a la situación económica que se vivía y, específicamente, a las condiciones del sector salud derivadas de las reformas que se expresaron en la Ley 100 de 1993, así como a sus consecuencias en la prestación de los servicios asistenciales. De este modo, el rasgo más pronunciado del funcionamiento del instituto hacia 1995 fue la falta de recursos como producto de una cartera sin cobrar que crecía sin soluciones a la vista. Sus principales deudores eran el ISS, la Secretaría Distrital de Salud, la Caja de Previsión Social de Santa Fe de Bogotá, la

La investigación en el INC creció gracias a estudios sobre diversas modalidades terapéuticas en el tratamiento de cáncer. Archivo INC.

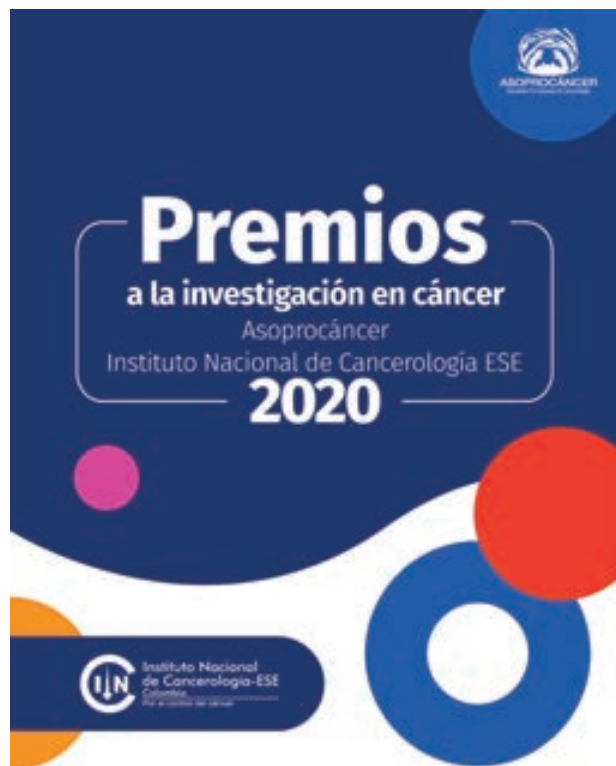
Caja de Previsión Social de Cundinamarca, la Fundación San Juan de Dios y Caprecom. El valor total de lo adeudado llegaba aproximadamente a los 1618 millones de pesos. A pesar de estas circunstancias, la Junta Directiva y el director del INC-ESE lograron en los años siguientes renovar algunos equipos, mejorar la asistencia a través de nuevos convenios, estimular la investigación e introducir novedosas modalidades terapéuticas. Vale la pena detenerse con algún detalle en estos temas.

En 1995, el instituto adquirió el Sistema de Alta Tasa de Dosis (Microselectron HDR), a fin de incorporar esta nueva modalidad en sus tratamientos de braquiterapia. Para su planeación y dosimetría fue indispensable dotarse de sistemas computarizados, como un *software* estimado en 29 millones de pesos y contratar un equipo de programadores y analistas de sistemas. A esta adquisición se sumaban múltiples necesidades en mantenimiento de equipos, la dotación del edificio de consulta externa, la construcción de un sexto edificio destinado a los parqueaderos y la financiación de impresos, publicaciones y conferencias. En el mismo año, el INC-ESE tramitó un convenio con la Fundación Colombiana de Rehabilitación, cuyo objetivo era que los pacientes recibieran atención especializada por parte de dicha fundación. Al finalizar este año se discutieron, así mismo, diversos aspectos laborales que generaron algunas polémicas sobre la Convención Colectiva de Trabajo, firmada entre el INC-ESE y el Sindicato de Trabajadores Oficiales y Empleados Públicos, como lo informó en una carta la profesional especializada, María Betsabé Hernández, a la asesora de la Dirección, Clara Inés Vega (AINC 1995a).

En 1997, la División Académica del INC-ESE convocó el Premio Nacional de Cancerología de ese año con un reconocimiento de tres millones de pesos para el primer lugar y uno de dos



Diversos aspectos laborales se discutían entre el instituto y los trabajadores asociados en el sindicato de la institución. Archivo INC.



millones para el segundo mejor trabajo de investigación en cáncer. Este concurso también premiaría la mejor labor social en cáncer con 1 500 000 pesos y la labor destacada en enfermería oncológica con dos premios, el primero de 1 000 000 de pesos y el segundo de 500 000 pesos. La invitación a participar la hacían el propio instituto, la Academia Nacional de Medicina, el Comité Organizador del XII Congreso Nacional de Cancerología y la división médica de Bristol Meyer Squibb, entre otros.

En los años noventa, los tratamientos contra el cáncer conocieron importantes avances relacionados, sobre todo, con la preferencia por procedimientos poco o nada invasivos, en detrimento, por ejemplo, de la cirugía ultraradical. Siguiendo esta tendencia, entre 1998 y 2008, las amputaciones mayores se redujeron del 40 al 10 % en el instituto y se convirtieron en la última opción para el manejo de los cánceres cuya cirugía conllevara resultados adversos de gran severidad. Además, desde 1992 el instituto contaba con el Banco de Huesos, que le permitía utilizar aloinjertos masivos y osteocondrales y de compuestos aloprotésicos, con el fin de evitar la amputación. A estos avances se sumaron los de la cirugía gastrointestinal, cada vez menos radical y más complementaria de la quimioterapia y la radioterapia. A finales de los años noventa se registraban como novedades del Servicio de Gastroenterología y Endoscopia la vaporización y la tunelización con láser de tumores de esófago y colon, la colocación de prótesis —hoy en día, mecánicas y autoexpandibles—, la cirugía videoasistida (laparoscopia), las técnicas endoscópicas para extirpación de tumores incluyendo las mucosectomías, la cirugía hepatopancreatobiliar, los procedimientos endoscópicos del confluente biliopancreático, la radioablación de tumores sólidos (hígado), entre otros.

Como ya se mencionó, en los años noventa, el campo de la hematología fue esencial en el instituto, gracias a la implementación del programa de trasplante de médula ósea

Arriba: el instituto convoca el Premio a la investigación en cáncer como apoyo a científicos colombianos que trabajan en la generación de conocimiento sobre la enfermedad. Archivo INC.

Abajo: la cirugía gastrointestinal es cada vez menos radical y más complementaria de la quimioterapia y la radioterapia. Fotografía: Archivo INC.



bajo el liderazgo del doctor Enrique Pedraza, coordinador del Grupo de Hematología. La introducción de estos trasplantes de médula ósea o de células progenitoras tomadas de la sangre periférica se combinó con el uso de quimioterapéuticos en altas dosis, lo que mejoró la supervivencia de muchos pacientes. Los avances logrados en los métodos diagnósticos como el ganglio centinela y el desarrollo de técnicas quirúrgicas nuevas como la cirugía laparoscópica, así como el uso de instrumental más sofisticado, aceleraron la reducción de la cirugía radical.

En el área de quimioterapia se introdujeron nuevos medicamentos como los taxanos (muy útiles en el tratamiento del cáncer de mama) y los anticuerpos monoclonales: trastuzumab (para cáncer de mama), rituximab (para linfoma Hodgkin), el pertuzumab (también para cáncer de mama) y el bevacizumab-cetuximab (para cáncer de colon). Las investigaciones relacionadas con el tratamiento hormonal y quimioterapéutico del cáncer de mama constituyeron aportes destacados del instituto al campo médico nacional e internacional. Después de la revolución que significaron los equipos de cobalto y cesio, vi-



nieron los aceleradores de partículas de última generación, superiores tanto en eficacia como en radioprotección, que se sumaban a la adopción de las técnicas y los equipos que producía el desarrollo tecnológico y que eran accesibles para el INC-ESE en el mercado de productos médicos. En muchos casos los tratamientos combinaban, según el tipo de cáncer y su evolución, la cirugía con la quimioterapia o con la radioterapia, asociando varios especialistas y servicios clínicos en una dinámica asistencial que sigue vigente. Poco a poco se anunciaba la hormonoterapia, como se señaló antes.

En 1994 se iniciaron los procedimientos de braquiterapia con altas tasas de dosis y diez años después, en 2004, se promovió en el INC-ESE, con apoyo de la Organización Internacional

Izquierda, derecha y página siguiente: el instituto siempre ha estado a la vanguardia en procedimientos y en la compra de equipos especializados para prestar una idónea y oportuna atención a sus pacientes. Fotografías: Archivo INC.



de Energía Atómica, la transición de la radioterapia convencional hacia la tecnología de radioterapia de intensidad modulada. En la primera fase de ejecución de dicha tecnología se capacitó al personal médico y auxiliar en su aplicación y se adquirieron nuevos equipos. En 2008 se implementó la radioterapia guiada por imágenes, la radiocirugía, la radioterapia intraocular y la braquiterapia de baja tasa de dosis un año después. Finalmente, en 2014 se iniciaron de forma definitiva los procedimientos de radioterapia intraoperatoria.

En relación con la medicina nuclear, en 1998, siendo jefe del grupo de esta especialidad el doctor Augusto Llamas Olier, el instituto recibió la primera gammacámara de doble cabeza

y ángulo variable; dos años después, con la introducción de la sonda gammaintraoperatoria, el Cancerológico se hizo pionero en la región de la técnica de cirugía radioguiada. Los tratamientos dependían, en gran medida, de un correcto diagnóstico que podía hacerse de manera cada vez más precisa gracias a la disponibilidad de nuevas imágenes diagnósticas, como las obtenidas por tomografía por emisión de positrones (PET), las gammagrafías, las tomografías y las resonancias magnéticas que permiten identificar no solo el tumor, sino también los daños colaterales en otros tejidos.

Sigue en página 482

EXCELENCIA EN MEDICINA NUCLEAR MOLECULAR

En el INC, el Centro de Excelencia en Medicina Nuclear Molecular trabaja con técnicas anatómicas, diagnósticas y terapéuticas con el fin de entender mejor los procesos biológicos bajo condiciones normales de la enfermedad y ofrece soporte especializado en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes oncológicos.

Los primeros pasos hacia el uso de la medicina nuclear se iniciaron con el doctor Jaime Cortázar, endocrinólogo y director del INC de 1955 a 1957, quien inició el suministro de terapias de yodo radiactivo a los pacientes. A comienzos de la década de 1980, el doctor Jaime Ahumada, primer médico nuclear del país, formado en Norwich, inició, junto con otros médicos residentes, el servicio formal de Medicina Nuclear del INC en el sótano de las instalaciones, con no más de ocho personas entre médicos y tecnólogos que iniciaron la primera residencia en esa disciplina. Con dos gammacámaras, que hacían parte de un proyecto nacional de cáncer, y 500 metros cuadrados a disposición del programa se inició formalmente el servicio. También se usaban máquinas antiguas que se habían traído del extinto Instituto de Asuntos Nucleares.

Durante la administración del doctor Carlos Rada se presentó un proyecto al Organismo Internacional de Energía Atómica, IAEA por sus siglas en inglés, que dio lugar a la compra del equipo para PET (Positron Emission Tomography) o Tomografía por Emisión de Positrones, y al inicio de la construcción del edificio de cuatro

pisos que hoy en día alberga máquinas de última tecnología, como el baby ciclotrón, un acelerador circular de partículas, para prestar el servicio a los pacientes del instituto. El proyecto del edificio comenzó en 2003 y su construcción en 2009. En 2011 se dio al servicio del público una moderna instalación con todos los requerimientos de seguridad exigidos para albergar el que sería el primer ciclotrón que llegó al país.

El grupo líder en medicina molecular del instituto, que estuvo integrado por médicos como la doctora Carmen Amelia de los Reyes y los doctores Augusto Llamas (padre e hijo), utiliza equipos de última generación, como el mencionado PET, la herramienta diagnóstica más exhaustiva de la imagenología oncológica, que permite realizar una evaluación apropiada del paciente, incluso en estadios tempranos de la enfermedad, posibilitando así planear una terapia individualizada. La tecnología PET-CT diagnostica la enfermedad maligna con lesiones nuevas, determina la extensión tumoral, detecta la recaída o persistencia tumoral, busca el tumor primario en pacientes con enfermedad metastásica de origen desconocido, realiza una valoración temprana de la respuesta al tratamiento, determina las zonas de más agresividad de los tumores y permite realizar una planeación más precisa de la radioterapia para el tratamiento.

Estos avances tecnológicos se suman a la presencia de personal altamente especializado, lo cual permite establecer diagnósti-

cos de mucha precisión y proyectar tratamientos de manera precoz, con impacto favorable en la calidad de vida y el pronóstico en los pacientes.

El instituto maneja, además, la radiofarmacia PET, que tiene capacidad de generar en poco tiempo toda la producción de radiofármacos PET que necesita el país, incluyendo la del instituto. Los radiofármacos cumplen con estándares de buenas prácticas de radiofarmacia.

El servicio de Medicina Nuclear, enmarcado dentro del sistema de calidad, impulsó el desarrollo y la implementación de la radiofarmacia como una nueva herramienta de gestión de procesos asistenciales, administrativos y de investigación, que ha permitido mejorar el manejo de los suministros, entregar fármacos de manera oportuna y bajo estándares de calidad, brindando seguridad a los pacientes, sus familias, los operarios y todo el personal involucrado en el manejo de estos medicamentos.

La primera radiofarmacia centralizada en el país se encontraba en el Instituto de Asuntos Nucleares; con la desaparición de esta institución fueron reasignadas sus funciones a otros ministerios. Esta oportunidad fue aprovechada por la empresa privada, y todos los radiofármacos, producidos antes en Colombia, empezaron a importarse. Esta medida incrementó los costos de funcionamiento de la medicina nuclear en el país y dejó totalmente olvidada la práctica de la radiofarmacia dentro del conocimiento de los químicos farmacéuticos. La investigación de nuevas moléculas para diagnóstico y tratamiento quedó por fuera de las posibilidades de los médicos nucleares colombianos.

En consecuencia, la creación de la Radiofarmacia Hospitalaria de Medicina Nuclear del INC es parte del esfuerzo conjunto del área de Medicina Nuclear y Farmacia con la colaboración del Grupo de Física Médica del instituto y tiene como fin generar y fortalecer la investigación en oncología y medicina nuclear produciendo radio-





fármacos que incrementen la eficacia del diagnóstico, tratamiento y paliación del cáncer. Su producción, en la mayoría de los casos, debe ser realizada rápidamente, poco antes de la administración al paciente, debido a la corta estabilidad del radionúcleo, lo cual limita su producción a nivel industrial; además, centraliza el manejo de fuentes abiertas de radiación asegurando la adecuada manipulación de material radioactivo en todas las etapas del proceso.

En la implementación de la Radiofarmacia del INC se han desarrollado aspectos fundamentales como la adopción de un sistema de garantía de la calidad, el ejercicio de buenas prácticas en manufactura y radiofarmacia, adopción de sistemas de protección radiológica, reingeniería en procesos y procedimientos, elaboración de una guía operacional de radiofarmacia hospitalaria (Bechnmarking con estándares internacionales), así como la estructuración de procesos de producción, control de calidad, marcación y adecuación de radiofármacos, el almacenamiento de insumos y la disposición de desechos, la capacitación del personal, la implementación, documentación, elaboración y modificación de protocolos y la implantación de sistemas de calidad en el Manual de funciones y procedimientos bajo el sistema de garantía de calidad. El INC está vigilado en esta materia por el servicio geológico, el Ministerio de Minas y la Secretaría de Salud; además, es asesor del Ministerio de Salud en todas las normas de habilitación en oncología y radiofármacos.

El instituto presta otros servicios de medicina nuclear como cardiología nuclear, endocrinología, oncología para ganglio centinela de mama, melanoma, cabeza y cuello, detección de infecciones con células radiomarcadas, estudios renales dinámicos, estáticos y estimulados, estudios cerebrales, basales y postratamiento.

UNA ÚLTIMA REESTRUCTURACIÓN PARA DESPEDIR LOS AÑOS NOVENTA

Con la consolidación de las EPS y de las IPS, al igual que con la salida al mercado de nuevos proveedores de servicios de salud, el Instituto Nacional de Cancerología-ESE tuvo que ajustarse al contexto que surgía dentro de un panorama de competencia nada sencillo con otros servicios oncológicos distribuidos en la geografía nacional. Lo curioso es que ese incremento de servicios no necesariamente redundaba en un mejor cuidado de los pacientes, pues los sobre costos en medicamentos, las dificultades para autorizar procedimientos y exámenes, así como una fragmentación de la atención, ligada a los complejos itinerarios terapéuticos, afectaban el derecho a la asistencia en el campo del cáncer.

De todas formas, en ese difícil contexto, el instituto marcaba una diferencia significativa: su orientación original, construida a lo largo de su historia y dotada de un concepto complejo, como era el de asistencia pública. Ya no se trataba de la caridad religiosa, cuya presencia marginal parecía necesaria en un país con altos índices de inequidad como Colombia. A la tarea asistencial se sumaban los conceptos y la práctica de la docencia y la investigación, completando el trípode sobre el cual marchaba el instituto desde su fundación, en 1934. Este conjunto de elementos que la mirada histórica revela en permanente proceso de afirmación, a pesar de las dificultades, seguían definiendo el carácter *sui generis* del INC-ESE ahora en tiempos de crisis y de cambios drásticos en el sistema de salud. Ante los retos que dicho cambio generaba, surgía una pregunta medular: ¿cómo adaptarse sin perder justamente esa excepcionalidad que lo hizo durante décadas el referente del cáncer en Colombia y que,

incluso, marcó pautas para el desarrollo de otras instituciones dedicadas al cáncer en países de la región?

El instituto dio un nuevo paso para adaptarse y sobrevivir, reestructurándose y estableciendo claramente su condición de Empresa Social del Estado por medio del Decreto 1177 de 1999. Esta norma, que derogaba en su artículo 29 el Decreto 1287 de 1994, redefinió al instituto e hizo explícita su naturaleza en los siguientes términos: «El Instituto Nacional de Cancerología —Empresa Social del Estado— es una entidad pública descentralizada del orden nacional, adscrita al Ministerio de Salud, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa» (Colombia 1991, 1). Su objetivo sería planteado en los siguientes términos:

El Instituto Nacional de Cancerología —Empresa Social del Estado— tiene como objeto asesorar y asistir al Ministerio de Salud en la determinación, fijación y evaluación de las políticas, programas, proyectos y actividades de investigación, docencia, prevención y atención del cáncer, de conformidad con las estrategias y políticas de la Dirección del Sistema General de Seguridad Social en Salud. En desarrollo de lo anterior, adelantará programas, proyectos y actividades de investigación, docencia, prevención, tratamiento y rehabilitación, con el fin de garantizar el eficiente, eficaz y efectivo cumplimiento de su objeto, bajo los principios de igualdad, solidaridad y rentabilidad social. (Colombia 1999, 1)

Estas funciones las debía ejercer el instituto mediante la definición y la aplicación de ocho líneas de investigación prioritarias, orientadas a reducir la carga de cáncer en Colombia y que coordinaba la Subdirección General de Investigaciones, Vigilancia Epidemiológica, Promoción y Prevención.

De acuerdo con lo establecido en el Decreto 1177, el instituto tendría patrimonio propio y autonomía administrativa; si bien se reconocía su papel asesor y técnico frente al Ministerio de Salud en la fijación de las políticas públicas del cáncer, su principal objetivo sería prestar los servicios de salud y, por lo tanto, debía competir en el mercado con las demás instituciones que ofrecieran servicios oncológicos. De modo que si antes en el Sistema Nacional de Salud el Estado transfería los recursos a la red de instituciones públicas hospitalarias, en el nuevo sistema impuesto por la Ley 100 el Instituto de Cancerología, al convertirse en ESE, debía conseguir la mayor parte de sus recursos, lo que modificaría radicalmente su estructura de financiamiento. Bajo estos presupuestos, el INC-ESE entró al siglo XXI.

EL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA-EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO EN EL SIGLO XXI

El mismo año en que llegó a la presidencia Andrés Pastrana Arango (1998-2002), asumió la dirección del instituto el doctor Carlos José Castro Espinosa (1998-2002), el 20 de junio. Castro es médico egresado de la Universidad del Rosario, con una especialización en Medicina Interna en el Hospital Militar Central y una subespecialización en Oncología Clínica y Hematología en la Universidad de la Columbia Británica. Dos fueron los símbolos materiales de esta nueva administración. El primero, el inicio de la construcción en 2001 de un séptimo edificio, con el fin de albergar allí el equipo de aceleración lineal (dual-Varian) adquirido un año antes, pero que no había podido ser instalado debido



Arriba: Carlos José Castro Espinosa fue director del INC de 1998 a 2002.

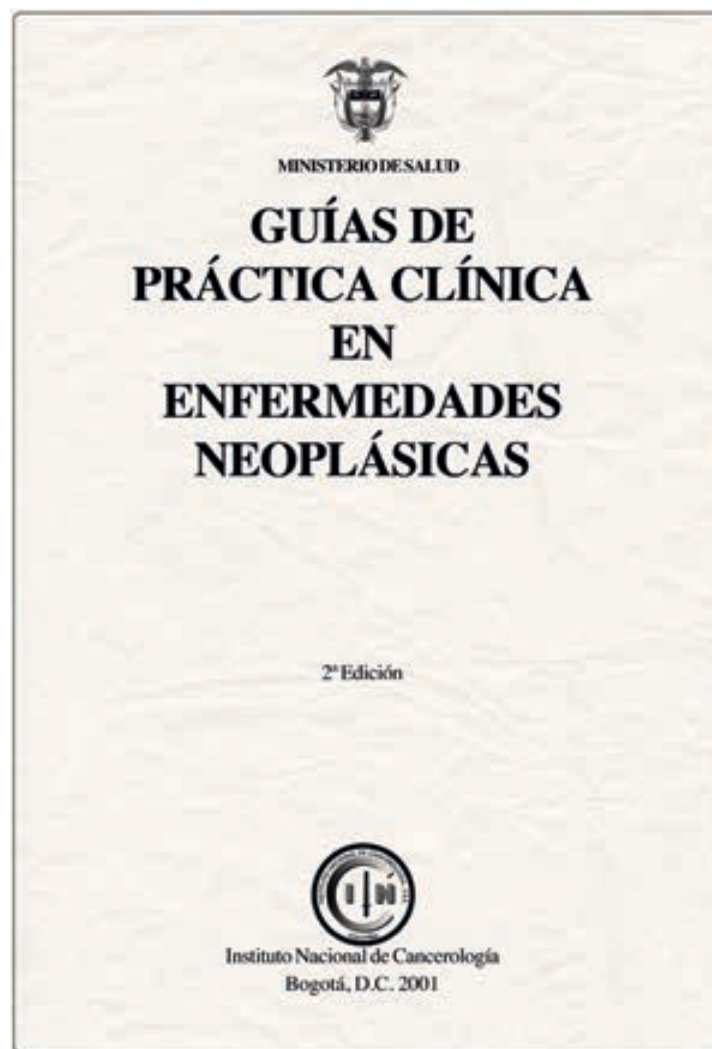
Abajo: Andrés Pastrana Arango, presidente de la República entre 1998 y 2002. En la imagen aparece inaugurando una ambulancia en el INC.



En 2001 se inició la construcción del edificio que albergaría el equipo de aceleración lineal.
Fotografías: Archivo INC.

a dificultades presupuestales. Entre tanto, la remodelación y la ampliación del edificio de patología en el costado sur del instituto, en un área donde se ubicaban el parqueadero y la morgue, permitió la instalación de dos quirófanos, unas salas de conferencias y depósitos para el archivo de láminas histológicas, obras que se terminaron en 2001. El segundo fue la inauguración del Pabellón de Pediatría, con la presencia del presidente de la República, Andrés Pastrana Arango; el ministro de Salud, Virgilio Galvis, y, naturalmente, el nuevo director del instituto.

Pero más allá de las construcciones físicas, la gestión de Carlos Castro se orientó estratégicamente a otros temas. Su dinamismo lo llevó a desarrollar acercamientos con la clase política para discutir conjuntamente iniciativas en pro de la salud de los colombianos y con el sector médico nacional, con el propósito de honrar a sus principales representantes. Así mismo, se preocupó por reconocer a figuras médicas importantes que trabajaban en el instituto, como fue el caso del doctor Augusto Llamas Mendoza, a quien le ofreció un homenaje en el Club Médico con motivo de su retiro al frente de la División de Investigaciones del INC-ESE. Continuando la labor de Llamas, en los años siguientes, esta división alcanzó un desarrollo muy valioso en la revisión sistemática de la literatura, elemento importante en el desarrollo de la Medicina Basada en la Evidencia (MBE), y en la sistematización de la experiencia del instituto en el campo clínico. Precisamente, de esta última labor surgió, en 2001, un nuevo compendio de *Guías de práctica clínica en enfermedades neoplásicas*, presentado durante una reunión especial llevada a cabo en Potrerillo, antigua Hacienda de la Conejera, ubicada en los alrededores de Bogotá. Si bien esas *Guías* constituían un ejercicio importante de revisión documental y científica de una experiencia consolidada, en el momento de su aparición no se apegaban a la tendencia de



Las *Guías de práctica clínica en enfermedades neoplásicas* fueron un ejercicio muy importante de revisión documental y científica, realizado por el instituto. Archivo INC.

la MBE, que ganaba terreno. Esta carencia condujo a iniciar un proceso de actualización, en 2003, ya bajo los parámetros de esta nueva MBE que llevó a la renovación del enfoque metodológico de la investigación y a una ampliación de la revisión académica (Llamas Olier y Cadena Piñeros 2004, 27).

El campo de la patología también vivió una renovación especial sobre la base de un aumento en el número de necropsias realizadas a los pacientes fallecidos en el instituto entre 2000 y 2002, después de que el número de estos procedimientos se había reducido notablemente en las décadas anteriores. Las patologías neoplásicas más frecuentes halladas en estas autopsias eran las hematológicas: leucemias y linfomas con el 43%. Las seguían los carcinomas de la cavidad oral, laringe, esófago proximal, gástrico y cuello uterino, tanto escamocelulares como adenocarcinomas.

En el marco del primer Gobierno de Álvaro Uribe Vélez (2002-2006) llegó la celebración de los setenta años del Instituto Nacional de Cancerología-ESE, en 2004, a cuyo cargo quedó un nuevo director, Carlos Vicente Rada (2002-2010), médico cirujano de la Universidad Metropolitana de Barranquilla, quien se había desempeñado como consultor del Ministerio de Salud, del Banco Mundial y del Banco Interamericano de Desarrollo, y como director del Hospital Simón Bolívar y secretario de Salud de Cundinamarca. Como un homenaje a los fundadores, durante esta efeméride se creó la Orden al Mérito José Vicente Huertas, llamada así en honor al papel protagónico de este médico en la creación del Instituto Nacional de Radium, y a los aciertos de su administración. Valores como la tenacidad, la persistencia, la ecuanimidad, la capacidad de convocatoria, la convicción, el



Álvaro Uribe Vélez fue presidente de la República entre 2002 y 2010. Fotografía: Ministerio de Relaciones Exteriores. Creative Commons.



Carlos Vicente Rada dirigió el instituto de 2002 a 2010. Durante su administración se fortaleció el papel de la institución como órgano asesor y técnico del Ministerio de Salud. Fotografía: Archivo INC.

consenso, la organización y la decisión política rodean esta figura histórica (Osorio 2004, 37). Con respecto a esta conmemoración, el recientemente nombrado director del INC-ESE afirmó que la celebración no era solo un festejo, sino una oportunidad para emprender una reflexión profunda y renovada sobre la necesidad de una política nacional para el control del cáncer, con el propósito de enfrentar contundentemente este problema.

La administración de Rada se caracterizó por la reestructuración administrativa y la modernización institucional a nivel de gestión, enfoque de calidad, procesos, infraestructura y tecnología. Durante su dirección, la Junta Directiva del instituto y el ministro de la Protección Social, Diego Palacio Betancourt, propiciaron una firme alianza para reafirmar el papel del instituto no solo como un hospital dedicado a la atención de pacientes con cáncer, sino como el órgano asesor y técnico del Ministerio para el diseño de las políticas en este ámbito tan importante de la salud en Colombia y el mundo. Este rol, establecido inicialmente en el Decreto especial 519 de 1953, fue recalcado en varias normas que le siguieron, como el Decreto 1177 de 1999, que reestructuraba al instituto (el cual remplazó al Decreto 1284 de 1994) emitido durante la presidencia de Andrés Pastrana; la Ley 715 de 2001, la cual asignó al instituto el manejo de la Red Cancerológica Nacional, que constituía uno de los pilares de ajuste del sgsss en materia presupuestal, y el Plan de Desarrollo del primer Gobierno de Álvaro Uribe Vélez titulado «Hacia un Estado comunitario».

En este marco, el país veía al instituto, según Rada, como «la conciencia moral» del cáncer dentro del sgsss. En este marco, el INC-ESE y el cáncer habían adquirido una significación particular. En el nuevo panorama epidemiológico del país, el cáncer era percibido como una carga, como una «epidemia que

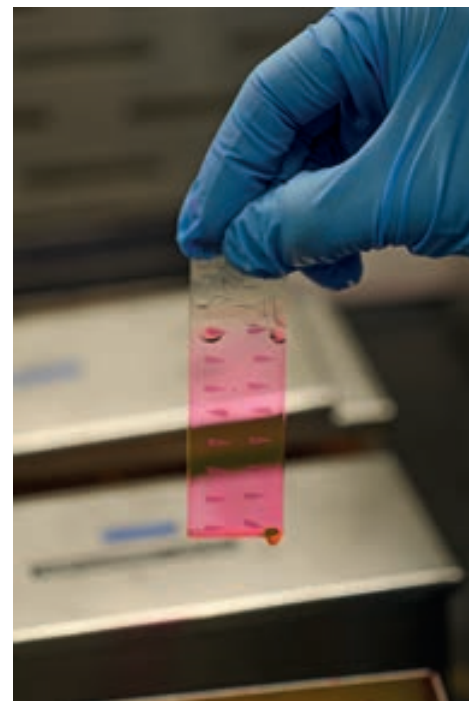
debe atenderse desde el punto de vista de salud pública con alta calidad clínica, tecnológica, de infraestructura, y particularmente con profesionales especializados, capacitados para acceder y utilizar el soporte constante y dirigido de la investigación en todas sus áreas» (Rada 2004, 4). Y añadía Rada que el instituto, en el marco de las privatizaciones, la competencia y el mercado regulado del sistema de salud no sería de ninguna manera una carga —como se pensaba de muchas instituciones públicas en aquel contexto—, sino una oportunidad, y las razones para ello no eran menores. En efecto, en 2008, ya en el segundo Gobierno de Uribe Vélez, el INC-ESE era una institución pública del Estado, del orden nacional, que además de atender pacientes de alta complejidad con tecnología de punta, había formado a más de 900 profesionales provenientes de diferentes regiones del país, e incluso del exterior, y había establecido convenios con los sistemas de salud de Ecuador y Aruba para tratar a pacientes de estos países. Adicionalmente, el instituto le proponía al Ministerio de la Protección Social políticas de salud pública y de investigación en ese campo («Instituto Nacional de Cancerología» 2008, 1). Desde esa óptica, los Decretos 5017 del 28 de diciembre de 2009 y 5018 del mismo mes modificaron, respectivamente, la estructura del instituto y su planta de personal.

Con sus 156 camas hospitalarias, el INC-ESE prestaba servicios de cirugía, radioterapia y quimioterapia para tratar el cáncer, más otros de apoyo como imagenología, medicina nuclear, patología, laboratorio clínico, entre otros, y de especialidades en todas las áreas, dirigidos a adultos y niños. Con el fin de garantizar continuidad y adhesión en los tratamientos oncológicos, el instituto continuaba ofreciendo alojamiento sin costo en albergues a pacientes de fuera de Bogotá que no contaban con los medios para permanecer en la ciudad.

A diferencia de otras instituciones que trataban el cáncer con un número pequeño de oncólogos, en el INC-ESE laboraba un grupo multidisciplinario de 150 especialistas que tomaba la mayoría de las decisiones de manera colectiva, con alto nivel científico y ético. Sin embargo, en el campo tecnológico el instituto se había venido rezagando frente a los rápidos avances en esa área. Carlos Vicente Rada compartía esta visión y afirmaba que la institución se veía forzada a transformarse, como lo exigían las reformas a la salud de los años noventa. Los 135 mil millones de pesos que se habían invertido desde 2002 apenas habían alcanzado para ponerse al día en el retraso de casi una década. El intento por no ahogarse en la crisis financiera, como su vecino, el Hospital San Juan de Dios, no había dado tiempo para pensar en el largo plazo. Por eso, para Rada la pregunta era: ¿qué les vamos a dejar a los colombianos que vivan dentro de setenta y cinco años? («La última joya» 2009). Pensando en ello, desde 2003 y bajo su dirección, inició un proyecto de actualización tecnológica que se extendió hasta 2010 y que en 2008 ya alcanzaba un costo de 124 mil millones de pesos que serían pagados con recursos propios más excedentes financieros y no con el presupuesto regular del Estado («La última joya» 2009).

Con este proyecto en marcha, que expresaba la visión cientifista y modernizadora de Rada, se buscaba que el INC-ESE volviera a ser el centro oncológico mejor dotado de Latinoamérica en tres frentes: **1)** el de la dotación general para la prestación de servicios en campos como la imagenología, la cirugía, las tecnologías de radioterapia, la patología, la medicina nuclear, etc.; **2)** el de las áreas oncológicas específicas, y **3)** el de la gestión hospitalaria, que implicaba los sistemas de información e infraestructura. Para esta última fue necesario emprender un reforzamiento estructural de los edificios. También se buscaba mejorar la planeación institucional y se introdujeron mejoras en el campo del tratamiento con radioterapia. En este dominio, se adquirió un equipo de radioterapia guiada por imagen y un acelerador portátil para hacer radioterapia intraoperatoria en los pacientes con lesiones tumorales de cuello, mama, páncreas y gastrointestinales de alta complejidad («La última joya» 2009).

El INC asumió en las primeras décadas del siglo XXI un proyecto de actualización tecnológica en la dotación, las áreas oncológicas y la gestión hospitalaria. Fotografías: Archivo INC.



En el marco de este proyecto de renovación tecnológica, hacia 2008, la administración de Rada implementó salas de cirugía con una encriptación especial, las primeras en el país, para el control de infecciones. Como afirmó el director: «Aunque tienen un costo exótico, brindan condiciones muy especiales para reducir el riesgo de infección» («Instituto Nacional de Cancerología» 2008). En total fueron nueve modernas salas de cirugía, una de las cuales permite la enseñanza a través de un sistema audiovisual que posibilita la comunicación entre los cirujanos y los estudiantes en tiempo real.

También se puso en marcha un sistema avanzado de soluciones informáticas (plataforma SAP) para el manejo de toda la información administrativa, de recursos humanos y de la labor propiamente clínica. Este sistema de información fue fundamental para la toma de decisiones y para garantizar que se facturaran todos



En el instituto se crearon nueve modernas salas de cirugía, una de las cuales permite la enseñanza a través de un sistema audiovisual. Fotografía: Archivo INC.

los procedimientos que se realizaban, contribuyendo de forma importante a la viabilidad del instituto. De acuerdo con Rada, este proyecto tuvo como eje central la historia clínica, a fin de hacer el seguimiento del paciente a través del tiempo. Había indicadores que aún no se venían utilizando en la construcción de datos epidemiológicos, como era el caso de la sobrevivencia, porque no se había incluido la historia clínica dentro del sistema, y las innovaciones introducidas permitían incorporarlos de manera integral y efectiva («Instituto Nacional de Cancerología» 2008).

En materia de investigación, el instituto fortaleció el desarrollo de estudios de salud pública, clínicos y básicos, e incluso me- gaensayos. En 2008 se llevó a cabo una gran investigación sobre cáncer de mama, en la que se incluyeron veinte mil mujeres, y en 2007 realizó el estudio de Cohorte Bogotá, sobre la historia natural de la infección por Virus de Papiloma Humano y su rela-



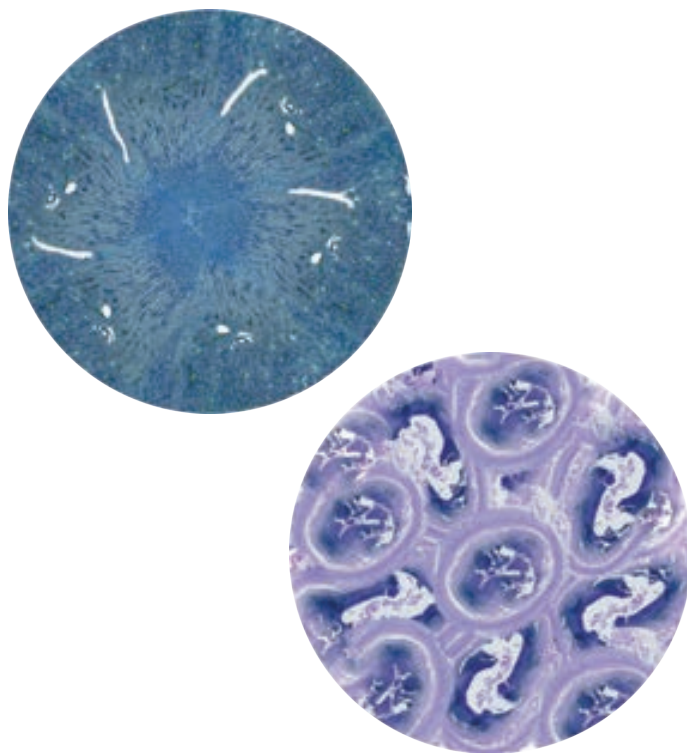
La doctora Nubia Muñoz, profesora emérita del instituto (segunda de izq. a der.), inició sus investigaciones sobre VPH con participación del INC. Lideró múltiples estudios que permitieron establecer la relación entre este virus y el cáncer de cuello uterino. Fotografía: Archivo INC.

ción con el cáncer de cuello uterino; este fue el primer estudio de seguimiento de gran tamaño (5000 mujeres) y fue clave en el desarrollo de los análisis sobre la vacuna del VPH. Colombia realizó grandes aportes al conocimiento sobre el tema, permitió definir pautas de manejo para la infección y las lesiones resultantes y estableció los factores relacionados con la persistencia de la infección y la progresión hacia lesiones cervicales avanzadas, entre

otras cosas. Gracias a este estudio el INC fortaleció su capacidad de investigación. Además, el INC-ESE continuaba participando de manera activa y sistemática en protocolos internacionales, europeos y norteamericanos, lo cual promovía nuevas posibilidades tecnológicas y científicas. A estos desarrollos investigativos se le sumó la remodelación del área de patología y se crearon las condiciones necesarias, desde el punto de vista molecular, para algunas pruebas inmunohistoquímicas, técnicas de Fish y otras, que permiten corroborar el diagnóstico y ayudan a definir, desde el punto de vista genético, la estadificación y el manejo de la enfermedad («Instituto Nacional de Cancerología» 2008).

Otro avance tecnológico importante fue la compra, instalación y puesta en funcionamiento de equipos de alto impacto en el tratamiento del cáncer. Se esperaba que a mediados de 2009 terminara la instalación de un ciclotrón —es decir, un acelerador de partículas de trayectoria circular usado para el bombardeo del núcleo de los átomos (cuyo fin era producir transmutaciones y radioactividad artificial), que en 2011 se puso en servicio—; un PET y laboratorios de 18 fluordesoxiglucosa (18-FDG), con un costo aproximado de cinco millones y medio de dólares. Estos equipos se ubicaron en un edificio donde también funcionan la central de investigaciones, el banco de sangre y el laboratorio. En especial, con el laboratorio de 18-FDG el INC-ESE esperaba contar con la capacidad de producir este radiofármaco, a fin de llevarlo por vía aérea (debido a los cortos tiempos de vida media) a las ciudades más cercanas. Esto se hizo realidad en los años siguientes.

No en todos los campos fue posible adelantar de manera completa la actualización y la modernización propuestas por Rada. Si bien para 2008 el INC-ESE contaba con equipos de mamografía análogos y digitales (con los que se obtenían mamografías digitalizadas en lenguaje HL7 y DICOM), compatibles con



La remodelación del área de patología creó las condiciones para realizar pruebas que permiten corroborar el diagnóstico y ayudan a definir la estadificación y el manejo de la enfermedad. Fotografías: Archivo INC.

su sistema de información, esta tecnología ya comenzaba a quedar obsoleta. Como afirmaba el propio director: «Se espera algún día tener los recursos suficientes para estar completamente digitalizados, es decir, que cuando el especialista mire la historia clínica en cualquier sitio de la institución pueda revisar toda la información del paciente, incluyendo las imágenes, de manera oportuna» («Instituto Nacional de Cancerología» 2008).

En paralelo con estos avances se evidenciaban necesidades en el campo de la infraestructura y en el encuadre normativo. En el primer sentido, y como parte del proyecto de actualización y prevención de daños estructurales o producidos por sismos, se aplicó, tanto para las fachadas como para la estructura de los pisos, una técnica innovadora de reforzamiento con bandas de polímeros y no con acero y concreto, como es tradicional.

En materia normativa, el entonces Ministerio de la Protección Social exigía a los hospitales que se habilitaran y acreditaran para seguir procesos administrativos y asistenciales adecuados. En respuesta a ello y en el contexto de su modernización, el instituto inició formalmente, en 2007, el diseño y desarrollo de sistemas de gestión de calidad, lo que dio como resultado el cumplimiento de las normas de habilitación vigentes, la certificación de la norma ISO 9000 y el establecimiento de las bases para iniciar el proceso de acreditación, del que se ocuparía en la siguiente década.

Un tema importante en este sentido fue el de la reglamentación de la radioterapia por parte del Ministerio de Minas y Energía y el de la Protección Social, los que establecieron las medidas de seguridad para la aplicación de este tipo de tratamiento. Ello llevó a la entidad a prepararse para ejercer el control, tanto en el entrenamiento del personal como en las instalaciones, además de los cuidados técnicos y el mantenimiento de los equipos que recientemente había adquirido y a reforzar los cuidados en el uso de la bomba de cobalto. Si bien esta bomba ya no se utilizaba en los países desarrollados, pues cada vez se detectaba la enfermedad en estadios más tempranos, en Colombia el diagnóstico tardío, sobre todo de cáncer de cuello uterino y mama, producía muchas candidatas que podrían beneficiarse con este tratamiento.



Los equipos utilizados por el instituto son de vanguardia en el manejo de detección de la enfermedad. Fotografía: Archivo INC.

REALIDADES ASISTENCIALES EN EL SIGLO XXI

Para el año 2002, en el campo asistencial el INC-ESE era una institución con una planta de personal científico, técnico y administrativo bien conformada, a la que se sumaban 45 damas voluntarias, con la misión de apoyar al paciente con cáncer en aspectos materiales, espirituales, psicológicos y personales. Comenzando el siglo XXI, el INC-ESE atendía aproximadamente a cinco mil pacientes al año y para 2004 había alcanzado a tratar, en su recorrido de setenta años de historia, más de cien mil enfermos de todo el país (Garrido 2004, 5). Los servicios asistenciales eran denominados *clínicas* y cumplían funciones académicas y científicas. Dichos servicios incluían neumología, cirugía del tórax, hematología y trasplante de médula ósea, cirugías reconstructivas, gastroenterología, oncología, rehabilitación oncológica, terapia respiratoria, soporte nutricional y metabólico, dermatología, dolor y cuidados paliativos, ginecología, ortopedia, cabeza y cuello, anestesiología, cuidados intensivos, radiología, radioterapia, urología, psiquiatría, pediatría, endocrinología, cáncer de seno, melanoma y tejidos blandos y cardiología. A este conjunto aportaban los departamentos de Enfermería, Patología, Trabajo Social y el grupo del voluntariado.

Para responder a la demanda asistencial se había adoptado una estructura más acorde con los preceptos e imperativos del modelo de mercado regulado. A partir de 2004, la composición del presupuesto viró hacia la obtención de un mayor aporte de recursos propios frente a los provenientes de la nación. Si se mira un poco atrás y se compara la composición del financiamiento del INC-ESE en 1966, 1978, 1984 y 2004 (tabla 66) se percibe un notorio cambio en dicha composición, así como en el manejo de los recursos disponibles, lo cual constituye una transformación

importante en la vida institucional, con dos particularidades que vale la pena resaltar. Primero, que la dependencia de la nación en el tema de los recursos entre los años sesenta y ochenta no se tradujo en grandes déficits o en derroche. Además, pese a los recortes y las demoras en el giro de los aportes financieros por parte de la nación, el INC-ESE manejó sus recursos —en ocasiones insuficientes— de forma eficiente dentro del formato del Sistema Nacional de Salud anterior. Segundo, una vez implementada la Ley 100 de 1993, el instituto logró adaptarse, pero también pudo mantener su vínculo con el Estado en tanto entidad adscrita al Ministerio, debido a la especificidad y la centralidad de su función en la lucha contra el cáncer. Como producto de estas dos particularidades, en los años siguientes el INC-ESE realizó un ejercicio financiero sobresaliente, aumentando sus ingresos totales gracias a una continuidad en el incremento de sus recursos propios (tabla 67). Este logro significativo hizo posible sostener importantes proyectos de inversión que se venían desarrollando desde finales del siglo pasado, como se aprecia en la tabla 68.

En los años siguientes, el INC fue reestructurado mediante el Decreto Presidencial 5017 del 28 de diciembre de 2009, siguiendo las líneas estratégicas del Plan de Desarrollo Administrativo Sectorial. Con las directrices trazadas, sus objetivos eran asesorar y asistir al Ministerio de la Protección Social en la determinación, la fijación y la evaluación de políticas, programas, proyectos y actividades de investigación, docencia, prevención y atención del cáncer. Además, el Decreto 5018 de 2009 hizo ajustes a sus competencias y en la planta de personal. También se estableció un Modelo de Productividad para algunas subespecialidades diseñado desde la Subdirección Administrativa por el doctor Juan José Pérez, con el apoyo del asesor jurídico externo de la Dirección, Álvaro Acosta Peñaloza.

Tabla 66. Comparación entre recursos del INC-ESE y los de la nación 1966-2004

Rubros	1966		1978		1984		2004	
Total año	14 400 000		75 459 000		692 795 629		90 953 736 640	
Aporte de la nación	13 000 000	90,28 %	60 961 000	80,79 %	566 890 000	81,83 %	31 541 839 942	34,68 %
Recursos propios	1 400 000	9,72 %	14 498 000	19,21 %	125 905 629	18,17 %	59 411 896 697	65,32 %

Tabla 67. Comparación entre recursos del INC-ESE y los de la nación 2010-2020 (cifras en millones de pesos)

Rubro	2010	2015	2019	2020
Disponibilidad inicial	15 000	36 535	54 326	41 077
Ingresos propios	79 474	185 999	315 632	303 170
Transferencias Nación	55 525	41 527	46 757	49 939
Total ingresos	134 999	227 526	362 389	353 109

Tabla 68. Proyectos de inversión INC 1990-2019 (cifras en millones de pesos)

Macroproyecto	Recursos Nación	Recursos Administrados	Total	%
Diseño, construcción reforzamiento, reordenamiento y dotación logística de las instalaciones físicas del INC.	41 429,74	152 553,37	193.983,11	46,21
Fortalecimiento de tecnología biomédica en el INC 2015-2021 (Bogotá).	4990,65	86 751,93	91 742,57	21,85
Investigación en el INC para generar conocimiento con el fin de contribuir al control integral del cáncer en Colombia.	21 387,96	10 153,42	31 541,38	7,51
Implementación del Plan Decenal de Salud Pública para el Control del Cáncer 2012-2021 (nacional).	19 248,51	19 934,30	39 182,82	9,33
Mejoramiento continuo y gestión tecnológica de las áreas de Dirección, soporte y prestación de servicios especializados del INC.	1 237,98	62 129,24	63 367,22	15,09
Totales	88 294,84	331 522,26	419 817,10	100,00
Porcentaje	21,03	78,97		

Fuente tabla 66: elaboración propia a partir de los datos de Osorio (2004). Fuente tablas 67 y 68: Subdirección Administrativa y Financiera INC.

PUBLICACIONES, DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

En el siglo XXI es importante reconocer el papel del instituto en la producción científica y su divulgación. Sus publicaciones desde 1941 y hasta 2003⁴ están representadas en 43 números de la revista con 237 artículos, de los cuales el 45,5 % correspondieron a investigaciones originales, pero es escasa la presencia de ensayos clínicos controlados, al igual que las revisiones sistemáticas de la literatura producida en el ámbito internacional de la oncología. Entre los ensayos clínicos merecen destacarse un estudio semiexperimental y seis estudios de cohortes de nivel descriptivo seguidos de diseños de casos y controles, además de algunos intentos de series temporales, a los que se añaden reportes de casos individuales específicos. Los temas más frecuentes hasta 2005 eran los de salud pública y epidemiología del cáncer, las neoplasias de cabeza y cuello y el cáncer de cuello uterino (Ortiz et al. 2005, 6). Algunos artículos abordaban las fortalezas de la producción y la difusión de las investigaciones que se llevaban a cabo en un momento dado del discurrir científico y clínico del instituto, y otros trabajos remitían a casos del pasado, considerados importantes desde el punto de vista histórico, que resultan muy instructivos e interesantes vistos en la actualidad, ya que «riman» bien con la literatura que ubica su objeto en lo propiamente técnico-médico y poseen también un interés pedagógico. Entre tanto, sus debilidades podrían localizarse en la baja frecuencia de las publicaciones referentes a la investigación clínica (Ortiz et al. 2005, 6). A medida que se supera el año 2005 hay escritos que versan sobre resultados de la investigación más contemporánea y de mayor actualidad en oncología y temas afines. También se encuentran textos sobre la industria farmacéutica, la disponibilidad de consulta en el instituto y una gran variedad de temáticas más específicas y puntuales. A partir de marzo de 2013, la *Revista Colombiana de Cancerología* quedó indexada en Scopus, pasó al formato electrónico y quedó disponible para consulta de libre acceso.

4 El análisis, basado en Ortiz et al. 2005, abarca las publicaciones, tal como se les ha denominado desde su inicio: *Boletín del Instituto Nacional de Radium*, *Boletín del Instituto Nacional de Cancerología*, *Boletín del Comité Nacional de Lucha contra el Cáncer* y *Revista del Instituto Nacional de Cancerología*. A partir de 2004 y hasta 2013 se publicaron 40 números de la *Revista Colombiana de Cancerología*; y de 2014 a 2020 se han publicado 26.



LA PRODUCCIÓN DE PUBLICACIONES COMO ESTRATEGIA DE FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL

Una de las estrategias más potentes y consolidadas del Instituto Nacional de Cancerología para posicionarse como escenario natural del aprendizaje y la enseñanza de los temas oncológicos en el país, ha sido especializarse en la producción y difusión de publicaciones para fomentar el diálogo científico en los ámbitos nacional e internacional, así como para divulgar su experiencia y conocimientos en el manejo de la enfermedad.

Un ejemplo elocuente de dicho compromiso es la *Revista Nacional de Cancerología*, una publicación que ha ganado reconocimiento internacional al ingresar en prestigiosas bases de datos científicas, capaces de amplificar la divulgación de los trabajos realizados por investigadores y académicos en Colombia y otros países de América Latina.

Hoy, en la página www.cancer.gov.co, aparte de la revista el instituto tiene a disposición de los usuarios del mundo más de doscientas publicaciones entre separatas, boletines, anuarios estadísticos, documentos técnicos y guías clínicas, entre otros materiales de índole científica, que hacen patente su compromiso histórico misional de contribuir en la producción y difusión de conocimientos especializados.

Un ejemplo destacado entre el conjunto de publicaciones producidas por el instituto es el *Anuario estadístico*, un documento que presenta las principales estadísticas e indicadores en atención oncológica específica, gestión ambulatoria y hospitalaria, investigación



y salud pública y los procesos misionales del instituto. Puesto que el 48% del total de los casos atendidos por el INC corresponde a pacientes residentes en Bogotá, representa un valioso insumo para definir acciones distritales.

El desarrollo del conjunto de publicaciones impresas y digitales que hoy realiza y divulga el Instituto Nacional de Cancerología, demuestra que los esfuerzos que se iniciaron en 1941 con la primera publicación de los *Archivos del Instituto Nacional de Radium* han posicionado a la institución como productora de información permanente en el país y difusora fundamental de la lucha contra el cáncer.



En materia docente, para 2003, el programa de Medicina Nuclear se convirtió en una segunda especialización dirigida a internistas. Posteriormente, se suprimieron los programas de Cirugía, y en 2004 el de Medicina Interna. En estas condiciones, hasta ese año se habían formado un total de 306 especialistas: 112 en cirugía general, 52 en medicina interna, 41 en patología, 51 en radioterapia y 50 en medicina nuclear (Llamas Olier y Cadena Piñeros 2004, 21). La gran mayoría de ellos se ubicaron fuera de Bogotá, y a 2004 solo cerca de un 11 % permanecía en el instituto. En 2003, el INC-ESE ofrecía dieciocho programas de segunda especialidad, de los cuales dieciséis eran avalados ante el Icfes por la Pontificia Universidad Javeriana y dos por la Universidad El Bosque. En 2004 las tres cuartas partes de los que habían egresado de las especializaciones laboraban en entidades privadas o estatales del país y un 7 % trabajaba en el exterior, especialmente en Panamá, Guatemala, Ecuador y Venezuela, dentro de los cuales estaban los nacionales de estos países que habían adelantado



su especialidad en el INC-ESE. Solo un 24,5 % de los egresados estaba vinculado al instituto (Llamas Olier y Cadena Piñeros 2004, 26). Las especializaciones eran las siguientes:

- Cirugía de cabeza y cuello
- Cirugía de seno y tumores de tejidos blandos
- Cirugía de tórax
- Cirugía gastrointestinal y endoscopia
- Cirugía oncológica
- Cirugía plástica
- Dermatología oncológica
- Dolor y cuidados paliativos
- Ginecología oncológica
- Hematología oncológica
- Imagenología oncológica
- Oftalmología oncológica
- Oncología clínica
- Oncología pediátrica
- Ortopedia oncológica
- Patología oncológica
- Urología oncológica
- Rehabilitación oncológica

En 2015, el Acuerdo 205 del Consejo Superior Universitario aprobó la creación del programa curricular Doctorado en Oncología (SNIES 106335) en la Universidad Nacional de Colombia, el cual fue diseñado con la participación activa del INC-ESE, so-

En 2003, el programa de Medicina Nuclear se convirtió en una segunda especialización dirigida a internistas. Fotografía: Archivo INC.

bre la base del Convenio Docencia-Servicio celebrado entre las dos instituciones en 2013. Este doctorado buscaba potenciar la producción de conocimiento en el control del cáncer por medio de la formación de investigadores de alto nivel en un contexto interdisciplinario.

El instituto había llevado a cabo desde 2009 una reorganización dividiéndose en tres subdirecciones: **1)** administrativa y financiera; **2)** médica y de docencia, y **3)** la de investigaciones, vigilancia epidemiológica, promoción y prevención, separando las acciones de salud pública de las de investigación. Esta última subdirección contaba con el Grupo de Investigaciones en Biología del Cáncer —que agrupaba a las antiguas secciones de investigación básica en genética, inmunología y biología—, el Grupo de Investigación Epidemiológica y el Grupo de Investigación Clínica. En el marco de esta estructura vale la pena resaltar el impulso de la investigación básica de la patología de tórax llevada a cabo por el doctor Ricardo Buitrago, discípulo del profesor Camilo Schrader Fajardo⁵. Buitrago impulsó y participó en el primer trasplante de pulmón realizado en Bogotá, el 21 de mayo de 2014 en la Fundación Cardio-Infantil.

Para finales de la primera década del siglo XXI, el instituto seguía siendo público como en sus orígenes, subsistía cumpliendo

las funciones de investigación y de docencia y funcionaba como un hospital de cuarto nivel de complejidad y un ente asesor en la formulación de políticas de cáncer, todo ello en la perspectiva de una loable labor en todo el territorio colombiano: la del control del cáncer. En paralelo con esta situación prometedora, llegó a la Presidencia de la República Juan Manuel Santos y se inició el proceso de paz de su Gobierno con las guerrillas de las FARC-EP, en medio de grandes expectativas y una cerrada oposición de algunos sectores de las élites y de la población. Cuando se inició este proceso, ya ocupaba la dirección del INC-ESE el doctor Raúl Murillo.

Murillo es médico de la Universidad de Antioquia, con una maestría en Salud Pública. Se vinculó al INC-ESE donde fundó el Grupo de Estudios Epidemiológicos y ocupó, en 2004, el cargo de subdirector en Investigaciones en Salud Pública. Fue nombrado director del instituto en 2010 y laboró allí hasta 2015, cuando inició su trabajo con la International Agency for Research on Cancer.

Durante su dirección se creó en el instituto, en 2012, el Banco Nacional de Tumores Terry Fox, el primero en el país, cuya misión era proporcionar a los investigadores nacionales e internacionales una colección de muestras biológicas entre las cuales se encuentran derivados sanguíneos, tejidos tumorales y no tumorales, suero, plasma, células blancas, ADN, ARN y proteínas de pacientes con y sin cáncer y sobrevivientes de la enfermedad, ligados a datos clínicos y epidemiológicos. Este banco de tumores está asociado con los laboratorios de patología, citología, morfología hematológica y genética dentro del Grupo de Patología Oncológica. La dirección del doctor Murillo fue propicia para el avance del instituto y para el enfrentamiento del cáncer en diversos aspectos, como se aprecia a continuación.

5 Schrader había egresado de la Facultad de Medicina de la Universidad Javeriana y se había especializado en cirugía de tórax en Washington e inició su actividad quirúrgica en el Hospital Santa Clara en 1954. Después de treinta y nueve años de actividad en esa institución, se encargó del servicio de cirugía oncológica del tórax en el Instituto de Cancerología, donde trabajó hasta su muerte súbita, el 18 de marzo de 1998.

Para el Grupo de Medicina Nuclear, el siglo **xxi** significó la introducción en firme de la PET (tomografía por emisión de positrones), en 2011, y las gammagrafías, imágenes diagnósticas que perfeccionan el proceso de estudio y preparación del tratamiento del cáncer. Estas innovaciones en imagenología se complementaron con los avances en la detección de alteraciones genéticas en las células cancerígenas por parte del recién creado Laboratorio de Patología Molecular. En el ámbito de la investigación clínica ya se habían dado, al final de los años noventa, avances importantes en el tratamiento hormonal y quimioterapéutico del cáncer de mama, gracias

a la participación del instituto en estudios multicéntricos de alto impacto. A estos avances se sumaron las investigaciones en el campo de la industria farmacéutica, la investigación epidemiológica y el papel central de la vigilancia epidemiológica, además de los trabajos relacionados con la exposición ambiental y ocupacional. También se desarrolló una radiofarmacia pública que produce los fármacos para medicina nuclear y PET. Esta fue certificada por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima), con la Resolución 2012030788 de octubre de 2012, en buenas prácticas de elaboración, lo que le permite la adecuación y el ajuste



Juan Manuel Santos fue presidente de la República entre 2010 y 2018. Fotografía: Creative Commons.

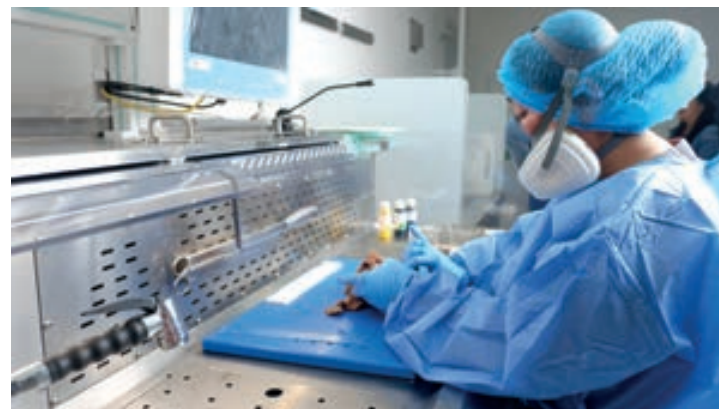


El doctor Raúl Murillo fue subdirector de Investigaciones en Salud Pública del INC y de 2010 a 2015 dirigió el instituto. Fotografía: Archivo INC.



de concentraciones de dosis de medicamentos oncológicos líquidos y sólidos. Un efecto significativo de la radiofarmacia es que sus medicamentos se ofrecen a los pacientes a un costo que contribuye a la sostenibilidad del sistema de salud y ello, al mismo tiempo, regula los precios del mercado. Los medicamentos son preparados por un químico farmacéutico en una cámara de flujo laminar que cumple con todas las especificaciones de las leyes de nuestro país.

Los recursos tecnológicos, científicos y financieros, así como la reorganización de los servicios de salud, habían generado las condiciones para que avanzara la investigación del cáncer en el instituto desde las preocupaciones inmunológicas hacia la genómica y el fascinante campo de los mecanismos moleculares de esta enfermedad, sin dejar atrás la investigación epidemiológica. En 2014 se inauguró la Unidad de Trasplante de Médula Ósea, en continuidad con el pabellón puesto en funcionamiento dos décadas atrás, que posibilitaría trasplantes no solo autólogos (células propias), sino también



El siglo XXI significó la introducción en firme de la tomografía por emisión de positrones. Esta y otras innovaciones se complementaron con los avances producidos por el Laboratorio de Patología Molecular. Fotografías: Archivo INC.

alogénicos (células de donante). En estos desarrollos ha sido vital el papel de las enfermeras encargadas del pabellón y de la unidad actual, pues ellas han consolidado y transmitido conocimientos prácticos sobre el procedimiento, con lo que a la vez han fortalecido la experiencia propia del instituto en materia de trasplantes de médula, un campo que en el debate internacional no deja de estar sujeto a polémicas y controversias relativas a su real potencial terapéutico.

La radiofarmacia permitió la innovación y el desarrollo de múltiples productos para diagnóstico y tratamiento. Fotografías: Archivo INC.

Sigue en página 505



501
INC



ENFERMERÍA ONCOLÓGICA, UN CAMINO EN CONSTRUCCIÓN

«Puede decirse que la vida se divide entre antes de trabajar con el paciente oncológico y el momento en el que uno entra a este escenario. Empieza uno a darle otro tipo de valor a todas las cosas, lo material no vale tanto como antes, ya tiene otra connotación, hasta el hecho de ir a tomar un café con unas personas tiene un valor importante, ni siquiera es el tiempo ni el café, sino lo que representó ese momento compartido. Y eso, indirectamente, se lo enseña a uno este quehacer».

Cielo Almenares, enfermera jefe INC, especialista en oncología

502
INC

La enfermería oncológica se ubica en los diferentes puntos que articulan la red del cuidado integral de un paciente y constituye una de las columnas vertebrales de la institución. El camino recorrido por las enfermeras de oncología es largo y ha pasado por diferentes grados de formación y de labores.

La necesidad de articular la postura del servicio de enfermería frente al quehacer oncológico propiamente dicho y frente a sus grados de especialización, trajo consigo la necesidad de renovación y de apertura alrededor de las corrientes de la enfermería oncoló-

gica en el mundo. Esta articulación implicaba que todas sus enfermeras tuvieran una formación con base sólida en oncología, además de la creación de un modelo de enfermería oncológica, basado en la labor cotidiana que tiene como centro la humanización del cuidado y el ejercicio de una enfermería más humana, más práctica y que tenga impacto en la investigación y en la salud pública.

En el marco del convenio docente asistencial entre el INC y la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia se desarrolló, en septiembre de 2012, el Taller de Planeación Prospec-



tiva para Enfermería, que definió los elementos críticos del escenario deseable a diez años y los priorizó por importancia y gobernabilidad definiendo las estrategias para lograrlos.

El ejercicio tuvo como objetivo plantear y validar un modelo funcional¹ que permita abordar, orientar y cualificar el cuidado de enfermería en el INC. En el marco del trabajo de docencia-servicio y como respuesta a las prioridades establecidas por el instituto, se determinó la necesidad de contar con un modelo para comprender mejor el quehacer de la enfermería en la institución. Para ello se adelantó un estudio en tres fases: 1) Análisis del contexto, 2) Elaboración y análisis de las narrativas de cuidado y 3) Desarrollo del Modelo funcional de Cuidado de Enfermería a partir de las narrativas.

Mediante un análisis de contenido de dichas narrativas de cuidado emergieron 143 códigos nominales y ocho categorías o conceptos centrales que se relacionan en el contenido del texto y que dieron paso a los supuestos del modelo de cuidado de enfermería del instituto. El desarrollo de una dinámica secuencial de análisis contextual, espacio y expresión de una práctica reflexiva de la enfermería permitió plantear y validar el Modelo de Cuidado de Enfermería del INC que aborda, transmite, orienta y cualifica el desempeño profesional en la institución.

Este modelo, articulado con el proyecto institucional, su visión y misión permitiría comprender y cualificar la práctica. Los participantes en el taller señalaron que tener un modelo propio de enfermería se relaciona con el mejoramiento de la calidad del

cuidado, el fortalecimiento de la identidad y la concentración de la acción en lo fundamental, un mejor costo-efectividad, mejores niveles de satisfacción de los usuarios, desarrollo de habilidades interpersonales, continuidad en los procesos y evidencia de que la enfermería es indispensable para mejorar las condiciones de vida y el cuidado de los pacientes y sus familias. Por otro lado, se reconoció que la consolidación del modelo no debería generar demandas adicionales a la práctica ni competir con esta, por el contrario, debe ser una invitación voluntaria que responda a patrones de lógica y que permita manejar un lenguaje sencillo y comprensible y que, además, se articule plenamente al tipo de práctica de enfermería que se realiza en el INC.

Otro tema importante en el campo de la enfermería oncológica es el que tiene que ver con la formación de recurso humano especializado, que vaya al ritmo de los cambios asistenciales y tecnológicos en materia de atención del cáncer. El número de enfermeras oncólogas en Colombia es bajo. Hasta hace cinco años había 280 enfermeras en todo el país, pero se observan avances en esta materia, ya que se han abierto unidades académicas de formación en enfermería oncológica en Antioquia, que se suman al programa de maestría de la Universidad Javeriana de Bogotá y al de la Universidad del Valle, este último más enfocado hacia el paciente quirúrgico. De igual manera, el trabajo de docencia que desarrollan las enfermeras especializadas del INC trasciende el ámbito de las aulas y se traslada al trabajo cotidiano con la formación de nuevas generaciones que deberán seguir con su legado de modernización y humanización del servicio.

1 El modelo se encuentra descrito en un artículo titulado «Desarrollo de un modelo funcional de cuidado de enfermería en cáncer», escrito por las enfermeras especialistas y docentes Ángela María Alarcón, Lucy Barrera Ortiz, Sonia Patricia Carreño, Gloria Mabel Carrillo, Ruth Elena Farías, Gladys González, Beatriz Sánchez Herrera y Narda Santamaría.

EL INSTITUTO Y LOS RETOS DE LA SALUD PÚBLICA EN MATERIA DE CÁNCER

A pesar del debilitamiento de la salud pública que tuvo lugar con el nuevo sgsss y que se explica porque en la lógica del mercado regulado el interés está en la atención médica individual (que es facturable), más que en las medidas colectivas que producen altas externalidades, el instituto ha mantenido su liderazgo en programas vitales enfocados en la prevención del cáncer. Entre 2006 y 2008 el INC-ESE participó en el proceso de adhesión de Colombia al Convenio Marco para el Control del Tabaco, de la Organización Mundial de la Salud, y como parte de las actividades proyectadas en este contexto contribuyó a la promulgación de la Ley 1335 de 2009 «para la prevención del consumo del tabaco y el abandono de la dependencia del tabaco y sus derivados en la población colombiana». Posteriormente, en 2010, se promulgó en Colombia la primera ley (1384, Ley Sandra Ceballos) que propone acciones en torno a la atención integral del cáncer y el Instituto de Cancerología fue designado como entidad asesora del Estado en los niveles de investigación, atención y control de esta enfermedad.

La estrategia de información con la que la entidad asumió estos retos se ha centrado en la publicación de cartillas educativas orientadas a profesionales de la salud en todos los niveles y, desde 2009, se ha recurrido a la inclusión de algunas separatas informativas sobre cáncer en periódicos de circulación nacional. La primera de ellas fue denominada *Cero tolerancia con el cáncer de cuello uterino*, publicada en diciembre de 2009, y luego le siguieron *Nuevas medidas para el control del consumo de tabaco en Colombia*, que apareció en julio de 2011, y *Cáncer ocupacional: actuar ya es el reto*, publicada en 2012, todas ellas



Una estrategia de información del instituto fue la publicación de separatas informativas sobre cáncer en periódicos de circulación nacional. Archivo INC.

enmarcadas en las políticas a escala nacional del INC-ESE. Hay que señalar que los planes nacionales de cáncer (1976, 1984 y 2012) han permitido que estas campañas y los demás programas liderados por el instituto, en materia de control y prevención, lleguen a las entidades regionales de salud.

Este papel de la institución en el campo de la salud pública se ha ampliado en los últimos años, al enfocarse en el planteamiento de políticas destinadas a fortalecer la lucha contra el cáncer. En 2011, gracias al convenio de cooperación suscrito entre el INC-ESE y la Procuraduría General de la Nación, a través del Instituto de Estudios del Ministerio Público (Colombia, Procuraduría General de la Nación 2011), se construyeron los lineamientos de una política pública para el control del cáncer en el país y se trazaron estrategias que fortalecieran las acciones preventivas, de vigilancia y control de la Procuraduría Delegada para Asuntos del Trabajo y la Seguridad Social en esta materia. Todo ello fue el resultado de una investigación, llevada a cabo en ocho meses, que se planteó la necesidad de caracterizar la situación de la enfermedad en el país, analizar las actuales políticas públicas y los marcos normativos referentes para enfrentarla, así como identificar el alcance de la función preventiva de la Procuraduría Delegada, a efectos de elaborar una política institucional.

Sobre la base de experiencias exitosas en el ámbito internacional, el grupo de profesionales encargado de esta investigación trazó pautas para hacer más efectiva la lucha contra el cáncer, poniendo el relieve en la prevención. Como resultado de la pesquisa se produjeron cinco documentos: **1)** una propuesta específica para la política preventiva institucional en relación con el control del cáncer, **2)** un informe analítico sobre las experiencias exitosas internacionales y su pertinencia en la realidad

local, **3)** un compendio normativo para el control del cáncer en Colombia, **4)** los mecanismos de seguimiento (instructivos y procedimientos) de la política preventiva institucional y **5)** la propuesta de lineamientos de la política pública para el control del cáncer en Colombia por parte de la Procuraduría General de la Nación. Todos ellos se presentaron oficialmente en un evento especial de socialización de los mismos.

El trabajo en salud pública se extendió también a la opinión nacional y tenía como objetivo evidenciar el compromiso del instituto con la misión de enfrentar el cáncer en el país. En nombre del INC-ESE, el 20 de agosto de 2012, su director, Raúl Murillo, asumió la lucha integral contra la enfermedad en una carta dirigida al diario *El Espectador*, donde expresaba su preocupación frente al artículo «A la defensa del tabaco», escrito por Felipe Morales, por invitación de la Federación Nacional de Productores de Tabaco (Fedetabaco), y publicado en la edición en línea de dicho diario. La respuesta del director del INC-ESE a la misiva de Morales denunciaba los intereses económicos de la industria del tabaco, que dependen de la adicción y que privilegian el bienestar económico privado frente al derecho a la salud. De acuerdo con la información que tenía el Cancerológico, en Colombia morían al menos 21 765 personas cada año por causas asociadas con el tabaquismo y, según la OMS, en el mundo morían cerca de seis millones («Carta al editor» 2012). Estas cifras obligaban a los gobiernos a tomar medidas para fiscalizar el consumo del cigarrillo. Murillo recalca que el Convenio Marco para el Control de Tabaco, de la OMS, del cual Colombia es parte, tiene como objetivo proteger a las personas contra las consecuencias del consumo del tabaco, y que cumplirlo se presentaba por parte de la industria tabacalera y sus defensores como una medida regresiva, cuan-

do a todas luces era una política de los gobiernos y de las instituciones anticáncer con bases científicas, éticas y de derechos humanos para proteger a la población. Lo que hace el Convenio es proveer estrategias que controlen la oferta irresponsable del tabaco y modulen la demanda mediante intervenciones dirigidas también a proteger del humo de segunda mano a los no fumadores y advertir de los peligros del tabaco, en general.

La formulación y la defensa de políticas preventivas y la participación en debates públicos por parte de los directivos y funcionarios del INC-ESE sobre el cáncer no se detuvo allí. En 2015 el instituto y el Ministerio de Salud presentaron el Modelo de Prestación de Servicios de Salud en Cáncer, con el cual buscaban que la atención a pacientes con esta enfermedad se organizara teniendo como elementos básicos las juntas multidisciplinarias, el apoyo a la medición de los desenlaces clínicos más importantes, así como a la supervivencia y la calidad de vida, todo ello orientado al logro de la excelencia en la atención («Nuevo modelo de prestación» 2015). En busca de implementar esta iniciativa hubo reuniones con las autoridades de salud en Bogotá, Barranquilla, Medellín, Bucaramanga y Cali, a las que asistieron cirujanos oncólogos, oncólogos radioterapeutas, oncólogos clínicos, gerentes de centros oncológicos integrales, gerentes de hospitales, directores de unidades oncológicas y representantes de pacientes y aseguradores. Así, durante el primer trimestre de 2015 comenzó el proceso de socialización y discusión mediante grupos focales de interés, a fin de dar a conocer los elementos esenciales para la habilitación de servicios oncológicos, unidades funcionales, unidades de atención de cáncer infantil y redes de prestación de servicios oncológicos.

Pero el desarrollo más destacado en el campo de la salud pública durante la segunda década del siglo XXI fue el Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia 2012-2021, que representa el compromiso del país con un movimiento cada vez más internacional que emana de los Objetivos del Milenio y de la Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Preven-

Las políticas de atención al paciente y de salud pública se han plasmado en distintas publicaciones de alcance nacional. Archivo INC.



**Asamblea General**

16 de septiembre de 2011
Español
Original: inglés

Sexagésimo sexto período de sesiones

Tema 117 del programa

Seguimiento de los resultados de la Cumbre del Milenio

Proyecto de resolución presentado por el Presidente de la
Asamblea General

**Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel
de la Asamblea General sobre la Prevención y el
Control de las Enfermedades No Transmisibles**

La Asamblea General

*Aprueba la siguiente Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la
Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No
Transmisibles, que figura en el anexo de esta resolución.*

Anexo**Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel
de la Asamblea General sobre la Prevención y el
Control de las Enfermedades No Transmisibles**

Nosotros, los Jefes de Estado y de Gobierno y representantes de los Estados y gobiernos, reunidos en las Naciones Unidas los días 19 y 20 septiembre 2011 para examinar la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en todo el mundo, centrándonos particularmente en los problemas de desarrollo y de otra índole que plantean y en sus repercusiones sociales y económicas, especialmente para los países en desarrollo,

1. Reconocemos que la carga y la amenaza mundial de las enfermedades no transmisibles constituyen unos de los principales obstáculos para el desarrollo en el siglo XXI, que socavan el desarrollo social y económico en todo el mundo y ponen en peligro la consecución de los objetivos de desarrollo convenidos internacionalmente;
2. Reconocemos que las enfermedades no transmisibles son una amenaza para las economías de muchos Estados Miembros, y que pueden aumentar las desigualdades entre países y poblaciones;

ción y el Control de las Enfermedades no Transmisibles, realizada en 2011. En el marco de los Objetivos del Milenio, los Estados participantes acordaron diseñar planes de acción de carácter intersectorial para reducir los riesgos asociados con las enfermedades no transmisibles (consumo de tabaco y alcohol, alimentación no saludable e inactividad física), implementando acciones de prevención y detección del cáncer mediante la aplicación de acuerdos y estrategias educativas, legislativas, reglamentarias y fiscales. Esto supone entonces un compromiso del INC-ESE con sus pares internacionales, con los organismos multilaterales y con las instituciones del Gobierno nacional.

Este compromiso ya se había materializado en documentos cruciales para las políticas de salud en el país, como es el caso del «Modelo para el Control del Cáncer en Colombia» (2006), cuyo objetivo era orientar las acciones encaminadas a la disminución de las tasas de morbilidad y mortalidad por esta enfermedad en el país, a través de un modelo en el cual se «definen los elementos de una intervención comprehensiva para el control del cáncer, expresados estos en los objetivos que deben perseguir, los ámbitos en los que se debe actuar y las herramientas a utilizar. [Adicionalmente] presenta desde una perspectiva general los pasos a seguir para el diseño de las intervenciones» (vv. AA. 2012, 7).

Colombia adhirió a los compromisos de prevención y control de enfermedades no transmisibles.

CAMBIO DIRECTIVO Y NUEVOS SERVICIOS

En remplazo del doctor Raúl Murillo, la doctora Carolina Wiesner Ceballos fue seleccionada como directora (encargada) en 2015, por medio de una convocatoria, y luego fue ratificada en propiedad en 2018. La doctora Wiesner es médica cirujana de la Universidad El Bosque con maestría en Salud Pública de la Universidad de Tokio. Fue investigadora y docente en la Universidad Externado de Colombia e ingresó al Instituto Nacional de Cancerología como coordinadora del Grupo de Planificación y Gestión de Programas de Prevención. Ha sido merecedora de reconocimientos por parte de la Fundación Toyota, Colciencias, AACR American Association for Cancer Research y sus investigaciones han sido publicadas en importantes revistas científicas del país y del extranjero. Es editora jefe de la *Revista Colombiana de Cancerología* y miembro de la Asociación Americana para la Investigación del Cáncer. Ella se convirtió en la primera mujer en asumir este cargo en el INC-ESE. Sus retos no han sido sencillos. Tiene hasta hoy bajo su responsabilidad una entidad pública que recibe anualmente 7000 nuevos pacientes de cáncer y cuyo objetivo no solo es el control integral de la enfermedad, sino también la investigación y la generación de conocimientos para definir los lineamientos de las políticas de salud alrededor de este flagelo. Para ello cuenta con un equipo de cerca de 1800 personas, la mitad de planta y la otra mitad vinculada con un tipo de contrato diferente. Como sugiere el doctor Julio Ospina (2019), ex director del INC-ESE, el reto para Wiesner es enorme:



La doctora Carolina Wiesner es la primera mujer que dirige el INC. Actuó como directora encargada a partir de 2015 y su administración empezó en propiedad en 2019. Fotografía: Archivo INC.

Lo que la directora ahora está enfrentando es una época tan compleja como la mía. ¿Cómo llegar a toda la población con los escasos fondos que el Estado destina a la salud? Y para poder asumir esa pregunta es importante salir, publicar, mostrar a los medios qué es lo que ha hecho el INC, qué porcentaje de personas sin medios económicos se han curado, mostrar por qué es importante publicar, exponerse. Mostrar que la misión del INC no es ganar dinero, sino mantenerse tecnológicamente en una posición adecuada para el control del cáncer, y para eso se necesita apoyo gubernamental, del Congreso. Mostrar que la salud del colombiano ha cambiado en su conformación patológica enormemente. Las primeras causas de mortalidad siguen siendo, en todo el mundo, las enfermedades cardiovasculares. El cáncer es

la segunda causa de mortalidad, y viene en aumento, de la mano con una expectativa de vida mucho más alta. Pero no hay que engañarse, se vive más, hasta los ochenta, pero en esos rangos etarios es donde se produce el cáncer, las enfermedades crónicas y otras patologías.

Un elemento vital en la administración de la doctora Wiesner ha sido su concepción de lo público. Para ella en Colombia:

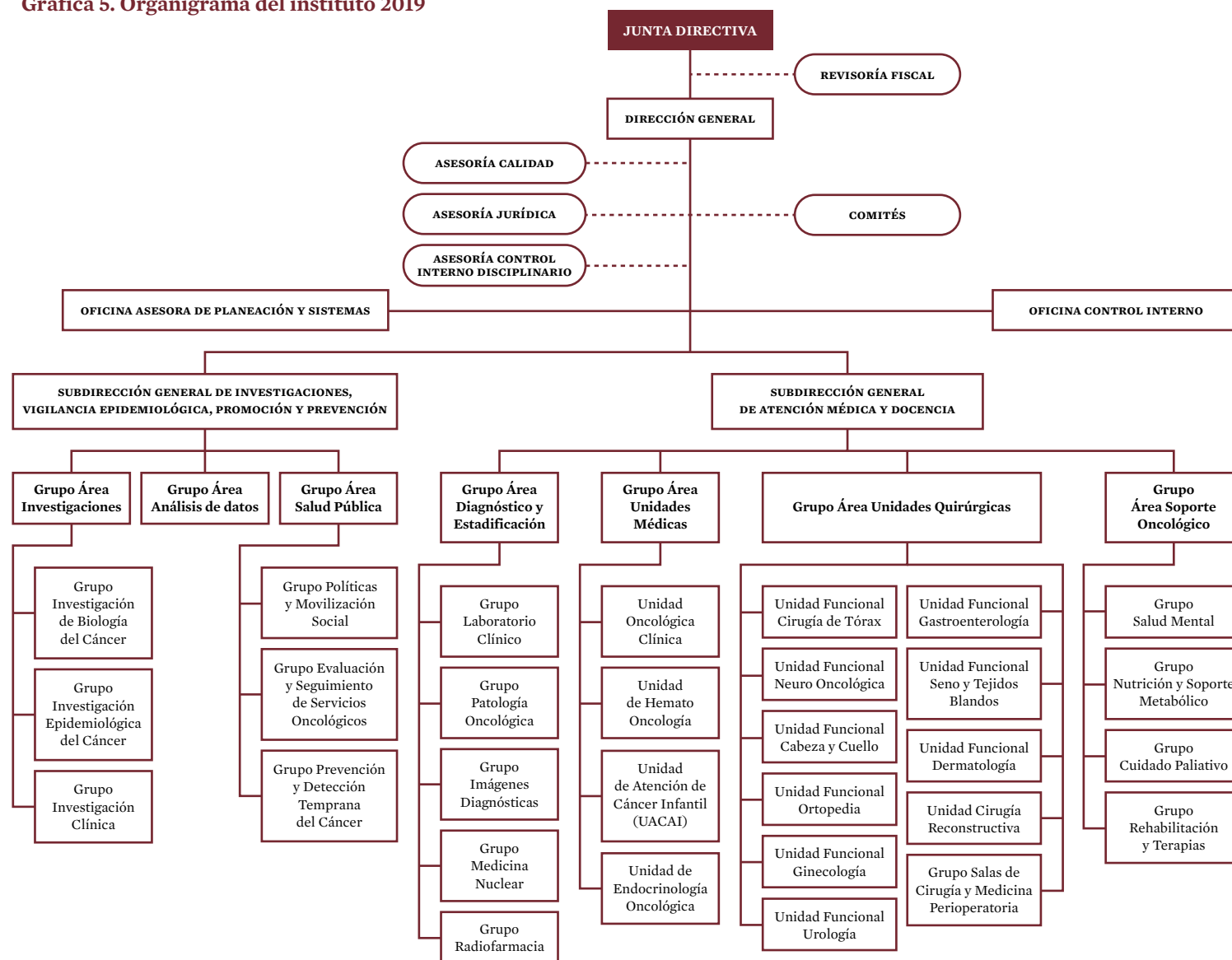
[...] lo público se mira como servicios para aquellos que no tienen capacidad de pago, se cree que lo público no es de nadie y que es sinónimo de corrupción, de mediocridad. Por mi trayectoria en el instituto he comprendido que el valor de lo público es precisamente todo lo contrario: lo público es de todos y por ello es más valioso. Los recursos públicos son sagrados, son ganancias colectivas que deben generar valor no solo en términos de rendimientos financieros sino en los beneficios colectivos en búsqueda de la equidad. («Carolina Wiesner: Lo público» 2018)

Esta visión se ha ido consolidando y garantiza la defensa de una institución pública eficiente, encargada de agregar valor al bienestar de la ciudadanía, sin distinciones. Su función social sigue siendo indiscutible. El instituto recibe la realidad del cáncer del país y hay que responder a ello de manera integral y comprensiva. Los pacientes que llegan son campesinos, obreros, profesionales, ejecutivos, educadores, personas del régimen subsidiado, trabajadores y trabajadoras, pensionados y desempleados, incluso desahuciados. En suma, la expresión de toda la diversidad que constituye el producto de las bondades de un país y también de sus inequidades y desigualdades, un conjunto de seres humanos que

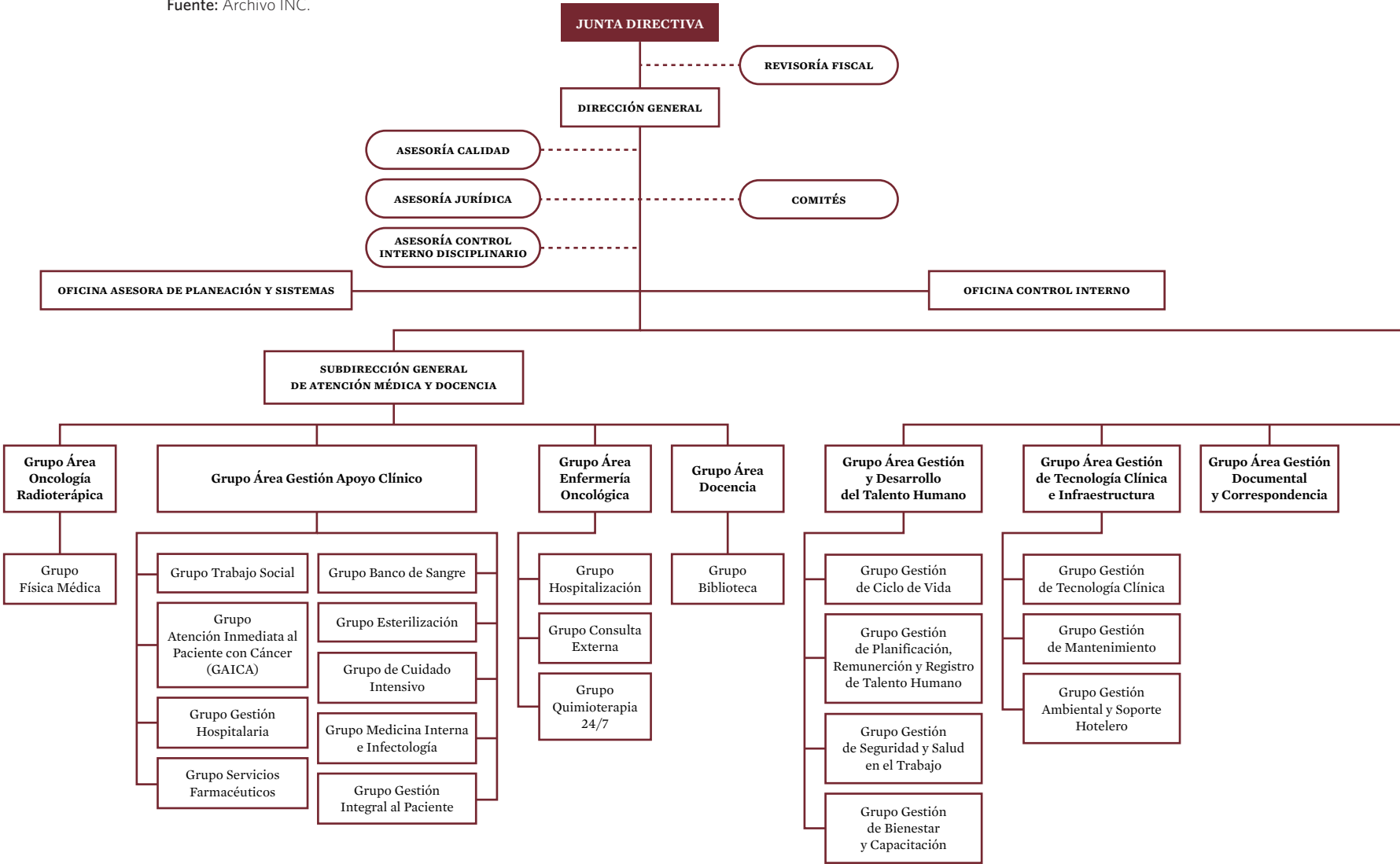
integra «una nación a pesar de sí misma», en palabras del historiador norteamericano David Bushnell. Finalizando la segunda década del siglo XXI el instituto ofrece una alta calidad en la atención y está muy bien posicionado. Es de los hospitales públicos que no han tenido situaciones de corrupción o influencias políticas que hayan afectado su nivel científico o paralizado su vocación de servicio. Cuando se han presentado intentos en ese sentido, ha logrado salir adelante y en esa lucha ha creado una tradición que está presente siempre. En el INC-ESE laboran y se forman los médicos de primera y segunda especialidad en un ambiente de trabajo multidisciplinario en el que estos profesionales sienten que están en una institución sólida y al mismo tiempo abierta que sirve de apoyo para efectuar labores complejas y de amplia proyección comunitaria, local, nacional e internacional. El médico está apoyado por todos los servicios diagnósticos: patología, laboratorio, imagenología, medicina nuclear, genética, física, radiofarmacia; además, se apoya en un equipo de técnicos, tecnólogos, paramédicos y servidores de todos los niveles que en su conjunto son la tierra, el agua, el aire y el fuego de la marcha ininterrumpida del instituto.

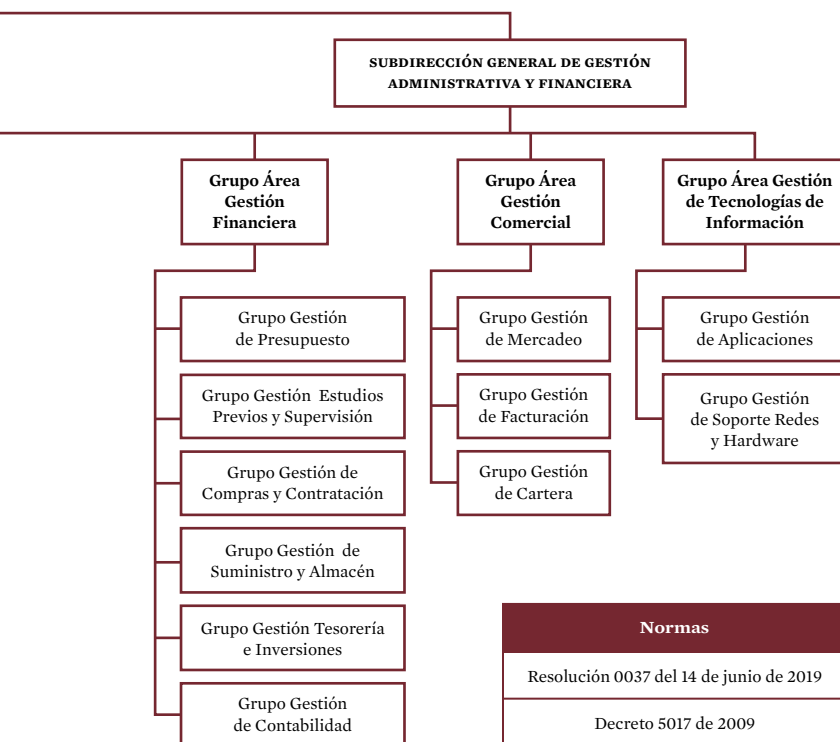
El INC-ESE ha conservado el interés clínico y científico vinculado a una medicina más social y humana. Esto ha coincidido con una reflexión crítica de alcance extramural sobre las consecuencias del *positivismo* en una medicina que procura que los centros de atención perfeccionen herramientas capaces de comprender las necesidades de las personas y no solo atender la enfermedad y, de paso, no caer en una ideología cientifista primaria que pueda servir de pretexto para tomar a la ligera la tradición hipocrática de la medicina occidental y todos los demás mandamientos éticos y humanísticos que sostienen esa noble tradición. Este enfoque abre la posibilidad para que el INC cuente con una nueva naturaleza jurídica de carácter especial (no ESE) que le permita

Gráfica 5. Organigrama del instituto 2019



Continuación gráfica 5
Fuente: Archivo INC.





en el futuro mejorar la remuneración de sus empleados mediante un régimen propio, definido por el legislador, acondicionar su infraestructura y consolidar un ambiente propicio para la asistencia, la investigación y la innovación. Ello supone tener en cuenta los procesos y las aspiraciones de vida de las personas que trabajan en el INC-ESE y cuyas satisfacciones suelen verse enfrentadas y aplazadas en razón del complejo reto que significa el tema de la sostenibilidad financiera. En este sentido se han ejecutado varios procesos fundamentales que venían de las direcciones anteriores para extender la función asistencial del instituto, mejorar y humanizar la atención integral de los pacientes, avanzar en el desarrollo tecnológico y proveer sostenibilidad financiera a partir de una gestión activa y una búsqueda permanente de recursos. Sobre estos avances es preciso detenerse, partiendo de algunos datos básicos.

De acuerdo con los datos obtenidos por el INC, para el periodo 2007-2011 se estimó que en Colombia se presentaron 29 734 casos nuevos de cáncer por año en hombres y 33 084 en mujeres. Las tasas de incidencia ajustadas por edad, por cada 100 000 habitantes (TIAE), para todos los cánceres (excepto piel) fueron de 151,5 en hombres y de 145,6 en mujeres. Entre los hombres se ubicó principalmente en próstata, estómago, pulmón, colon-recto y ano, y linfomas no Hodgkin, mientras que en las mujeres las principales localizaciones fueron mama, cuello del útero, colon-recto y ano, estómago y tiroides. En cuanto a cáncer infantil, se estimaron 764 casos anuales nuevos en niños y 558 en niñas, con leucemias en la mayoría de los casos (582) (Pardo y Cendales 2015, 23).

Para el mismo periodo se registraron 16 081 muertes anuales por cáncer en hombres y 16 572 en mujeres. Las tasas de mortalidad ajustadas por edad por cada 100 000 habitantes (TMAE), para todos los cánceres (excepto piel) fueron de 82,3 en hom-



bres y de 73,2 en mujeres. Entre los hombres las principales localizaciones fueron estómago, próstata, pulmón, colon-recto y ano y leucemias. En mujeres, las principales localizaciones fueron mama, cuello del útero, estómago, pulmón y colon-recto y ano. Para cáncer infantil se describieron 281 muertes anuales en niños y 218 en niñas, con mayor número de muertes por leucemias (256) (Pardo y Cendales 2015, 23).

Finalmente, entre 2007 y 2011 se estimaron para el país 41 366 casos prevalentes a un año: 18 458 en hombres y 22 908 en mujeres. Entre los hombres, las localizaciones más prevalentes fueron próstata, colon-recto y ano, y estómago. En mujeres fueron mama, cuello del útero y tiroides. Para la estimación de los casos prevalentes se replicó el método de la IARC para países con un índice de desarrollo humano alto, utilizando los casos incidentes y la supervivencia para cada localización (Pardo y Cendales 2015, 23).

Los médicos del instituto están apoyados por todos los servicios diagnósticos: patología, laboratorio, imagenología, medicina nuclear, genética, física y radiofarmacia. Fotografía: Archivo INC

La Liga Colombiana contra el Cáncer ha insistido en que la detección temprana y el acceso rápido a los tratamientos es una tarea fundamental para enfrentar estas cifras, siguiendo la misma dirección en la que van los esfuerzos de la política pública. Por eso, desde 2015 se han reducido en un 44 % los días entre el momento de la sospecha médica y la confirmación del diagnóstico. En casos nuevos de leucemia linfocítica aguda infantil, por ejemplo, el país pasó de 16 días a 10. Pero en cáncer de mama, de cuello uterino, de colon, de estómago y de próstata la espera promedio es mayor a 45 días, dos semanas más de lo deseable. En el caso del cuello uterino, el tiempo puede extenderse incluso hasta 73 días, lo que plantea retos significativos. De 2015 a 2017 también aumentó la detección en estadios tempranos de los cánceres de mama (39,4 a 47,7 %), próstata (66,6 a 74,1 %) y cuello uterino (60,2 a 63,8 %) (Boletín de prensa n.º 017 2019). Lizbeth Acuña, directora de la Cuenta de Alto Costo, afirmó que solo 13 % de las EPS mejoraron los indicadores de oportunidad entre el diagnóstico y el inicio de tratamiento entre los años 2015 y 2017.

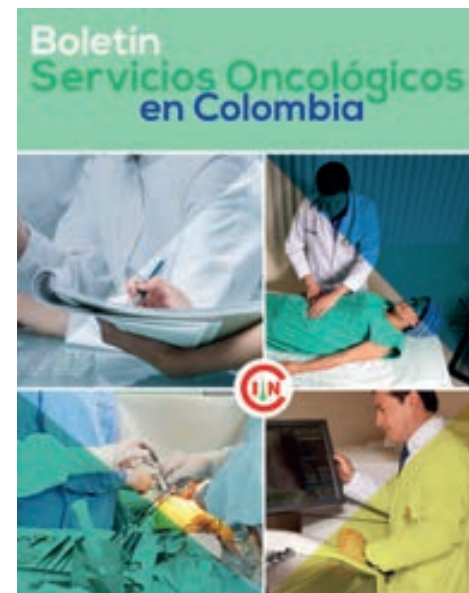
El boletín de servicios oncológicos del INC-ESE refería que en 2018 había en el país 1779 sitios donde se atendía el cáncer, lo que significaban siete centros oncológicos por cada médico especialista en esta materia. Así mismo, revelaba que el sector privado concentraba el 90 % de los servicios oncológicos, pero solo 5 % de estos eran «centros integrales de tratamiento» donde se brindaba a los enfermos quimioterapia, radioterapia y se les practicaban cirugías. Datos como este llaman la atención sobre la necesidad de contar con sitios de asistencia integral y preventiva en los que al mismo tiempo se intente poner en práctica la detección temprana de la enfermedad del cáncer. Para avanzar en esa dirección, el 4 febrero de 2018, en el marco del Día Mundial contra el Cáncer, se llevó a cabo la inauguración en Bogotá del primer Centro de Prevención y Diagnóstico Temprano de Cáncer (CPreD), con sede en un edificio modernizado del complejo hospitalario del San Juan de Dios.

El INC ha conservado el interés clínico y científico vinculado a una medicina más social y humana.

En la gestación de este centro, ubicado en un lugar simbólico de la lucha contra la enfermedad en Colombia, fue vital el papel del Cancerológico en alianza con la Alcaldía Mayor de Bogotá. Se creó para ofrecer servicios de tamizaje orientados a fortalecer el diagnóstico temprano, con el fin de garantizar el tratamiento oportuno e integral de los pacientes, reducir las tasas de mortalidad y mejorar las posibilidades de supervivencia y la calidad de vida. De ahí que haya convocado a oncólogos, ginecólogos, pediatras, gastroenterólogos, urólogos, dermatólogos y más de cincuenta profesionales para prestar sus servicios en la carrera décima n.º 1-59 sur. Los médicos disponían allí

El *Boletín de Servicios Oncológicos* es otro ejemplo de fuente de información sobre la enfermedad. Archivo INC.

El «Modelo para el Control del Cáncer en Colombia» es un documento crucial para las políticas de salud en el país.



El Centro de Prevención y Diagnóstico Temprano de Cáncer (CPreD) fue inaugurado en 2018 a fin de fortalecer el diagnóstico temprano de la enfermedad y garantizar el tratamiento oportuno. Fotografías: Archivo INC.

de tecnología de punta para la realización de exámenes de tamización como la prueba del VPH, citologías, mamografías y otros procedimientos. El INC ubicó el CPreD en un predio arrendado por la Empresa de Renovación Urbana (ERU) y suministró el talento humano, los equipos de sistemas, el soporte administrativo y toda la estructura técnico-científica para garantizar su operación. Todo ello se hizo posible gracias a un convenio para que los primeros beneficiados del complejo fuesen los pacientes afiliados a Capital Salud, la EPS del Distrito.

El CPreD, que funcionaba en el antiguo servicio de urgencias del Hospital San Juan de Dios, atendía entre 200 y 300 personas a diario en diez consultorios. Practicaba los exámenes para la detección temprana de los cánceres de mama, cuello uterino, colon, recto, estómago, piel y próstata. Según la actual directora del INC-ESE, Carolina Wiesner Ceballos, esos cánceres son los que más mortalidad generan en la ciudad. Allí se esperaba también desplegar las Rutas Integrales de Atención para cáncer, compuestas por la detección oportuna, las acciones de prevención, los tratamientos y la rehabilitación integral de los afectados. Estas rutas las pusieron en funcionamiento el Cancerológico, los prestadores del servicio de salud y las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios⁶. Otro eje importante del CPreD fue la educación, con la cual se buscaba formar a la población sobre los cuidados



6 Nueva denominación que engloba a las EPS de los regímenes contributivo y subsidiado, entre otras.

que se deben tener para detectar tempranamente cualquier anomalía que pueda asociarse con la presencia del cáncer, así como ilustrar a los médicos y especialistas no oncólogos sobre la vía para mejorar sus diagnósticos tempranos del cáncer y las medidas que se deben tomar desde el punto de vista del diagnóstico mismo, de los sistemas de referencia y de los primeros cuidados, además de poder orientar las actitudes positivas de los pacientes y de su entorno inmediato en el enfrentamiento de la enfermedad y su terapéutica. Es de anotar que debido a la cuarentena ocasionada por la covid 19, el CPreD suspendió sus servicios ambulatorios ante la imposibilidad de habilitar su funcionamiento 24 horas. Frente a la posible demolición del Hospital San Juan de Dios, se decidió su cierre definitivo.

Al establecimiento del CPreD, se sumó la creación del Laboratorio Oncológico, en junio de 2018, como respuesta a las necesidades de la población de oncología pediátrica lactante en la ciudad de Bogotá.

Estas iniciativas lideradas por el instituto le han valido el reconocimiento de la sociedad y de los gobiernos. El 30 de agosto de 2018, el entonces ministro de Salud y Protección Social, Juan Pablo Uribe Restrepo, destacó su trabajo como entidad comprometida con la investigación y el tratamiento de pacientes oncológicos. En su visita al instituto, Uribe Restrepo se declaró «muy bien impresionado por todo lo que hacen acá. El Instituto es un patrimonio que debemos conservar, mantener y seguir amando». Tras recorrer los servicios de patología, radiofarmacia, hospitalización e imágenes diagnósticas resaltó el avance de la institución en su proceso de acreditación en calidad, así como en la atención a pacientes menores de edad, incluso migrantes, y planteó como retos mejorar la inte-

gralidad y la atención esmerada de estos pacientes en todo el país, así como encontrar el equilibrio en el mejoramiento de las condiciones de salud, la calidad de los servicios y la responsabilidad financiera.

En respuesta a estos retos planteados por el ministro, el instituto llevó a cabo, en 2019, un estudio sobre su naturaleza y su régimen jurídico con el fin de examinar los aspectos que permitan su fortalecimiento y redefinir su papel en el diseño y formulación de las políticas de cáncer a nivel nacional. El estudio también buscó estrategias para cumplir con los planes, programas y proyectos de investigación, docencia, vigilancia epidemiológica, prevención y atención de la enfermedad, así como para resolver varios de los asuntos que limitan su quehacer y que tienen que ver con el régimen de personal y la remuneración de los empleos. Dicho estudio surgió a partir de un profundo análisis comparativo entre los Institutos de Cáncer de la región (RINC), a partir del evento que organizó el INC en junio de 2019, así como de la evaluación del rol que debe cumplir el instituto como herramienta en la lucha contra el cáncer. Además, lo motivó la idea de presentar dentro del marco constitucional y legal las alternativas para el desarrollo del régimen de personal.

Los resultados de este estudio se materializaron en un documento que propone la transformación del INC en una entidad de naturaleza especial y que se convirtió en un proyecto de ley que será presentado al Congreso de la República en la segunda legislatura de 2020. Este proyecto le permitirá a la institución liderar y ser ejemplo de la institucionalidad al servicio de la resolución de problemas prioritarios frente al cáncer con flexibilidad, agilidad y acorde con los retos y desafíos que actualmente plantea la enfermedad.



EL INC-ESE FRENTE A LOS RETOS DEL SISTEMA DE SALUD A PRINCIPIOS DEL SIGLO XXI

Como se ha venido señalando, la capacidad de sobrevivencia y permanencia del instituto se hace más evidente en los momentos de crisis del sector de la salud. Uno de esos momentos se relaciona con el impacto de las reformas que se derivaron de la Ley 100 de 1993. Las últimas dos décadas de reformas

El instituto ha sido reconocido por las autoridades de salud como un patrimonio que debe conservarse. Fotografía: Archivo INC.

parciales del sgsss, adelantadas por medio de las leyes 1122 de 2007, 1438 de 2011 y 1751 de 2015, incluyendo los decretos de emergencia social de 2010 y la Sentencia T-760 de la Corte Constitucional, han sido insuficientes para enfrentar las dificultades. Pese a haber alcanzado una cobertura de afiliación superior al 96 % de la población, siguen al orden del día problemas como la negación de servicios (Rodríguez et al. 2013); el crecimiento de las tutelas en salud entre 2000 y 2019, que pasaron de 24 843 en el primero de esos años a 198 087 en el segundo (Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social 2019); los escándalos de corrupción que comprometieron cerca de 2000 millones de pesos (Vega y Ávila 2018); la crisis

financiera del sistema, que alcanzó en 2011 la suma de 976 mil millones (Rodríguez 2012; Santos et al. 2016), y, en general, la vulneración del derecho a la salud de miles de colombianos, como se demuestra en los testimonios cotidianos de los usuarios de los servicios del sistema en sus diferentes instancias y modalidades. La inestabilidad del sistema se revela dramáticamente en las investigaciones, intervenciones y cierres de EPS e IPS como el caso de Saludcoop y Cafesalud, entre otros.

Una muestra de la situación del sistema en este campo son las graves irregularidades en la prestación de servicios oncológicos. El Observatorio Interinstitucional de Cáncer Infantil ha denunciado desde 2009 el funcionamiento de «centros médicos de garaje» para el tratamiento del cáncer en niños («Denuncian IPS “de garaje”» 2009). Los retrasos en las autorizaciones y la atención inoportuna y de mala calidad llamaron la atención de las autoridades. Los niños atendidos en esas IPS de garaje eran tratados en una cocina y allí recibían la quimioterapia. En dichos centros no había médicos ni oncólogos permanentemente y los niños se volvían víctimas de la tramitomanía: los especialistas los atendían en diversos lugares y había demora en los diagnósticos y las autorizaciones. Parte del problema radicaba en que las guías y los protocolos para la certificación del servicio de dichos lugares son generales y, por tanto, poco rigurosos. Ante esta situación, el ministro de la Protección Social de entonces, Diego Palacio, en conjunto con el Cancerológico y la Superintendencia de Salud, implementó mecanismos para tratar de centralizar las autorizaciones de los centros que atienden el cáncer y garantizar que cualquier tratamiento se hiciera cumpliendo con las condiciones necesarias en beneficio del paciente, la familia y para el buen desempeño médico.

El instituto no solo ha figurado como ente regulador y consultor del Ministerio en materia de cáncer, sino que también ha sido prestador de servicios, en medio de un sistema de salud sujeto a crisis recurrentes que obligan a adaptarse a las entidades privadas y públicas. Ya en la segunda década del siglo XXI, varias instituciones que prestaban servicios oncológicos tuvieron que cancelar sus contratos con las EPS que no tenían solvencia financiera. Un claro ejemplo de ello fue la crisis de Medimás, una coyuntura que llevó al Centro Oncológico Nacional a suspender sus servicios como IPS para la atención de sus pacientes en Santander, Boyacá, los Llanos y Bogotá. Ello obligó al traslado masivo de la población a la red alterna especializada en cáncer que incluía al INC-ESE para los pacientes radicados en el Distrito Capital.

A la crisis del sistema se ha sumado la creciente competencia privada en la atención del cáncer en el país. Desde 2017 se anunció la creación en Bogotá del Centro de Tratamiento e Investigación sobre Cáncer, patrocinado por Luis Carlos Sarmiento Angulo, con una inversión inicial de mil millones de pesos y la expectativa de convertirse en el principal complejo médico de América Latina en la lucha contra esta enfermedad. En sus instalaciones, de 100 000 metros cuadrados, el Centro de Tratamiento se enfocará en el concepto *comprehensive cancer centers* o centros integrales para la atención del cáncer, que se caracterizan por la asistencia integral al paciente con tecnología de punta, complementada con investigación. La puesta en marcha de esta iniciativa variará de manera drástica el panorama de la medicina del cáncer en el país y tendrá impacto en el INC-ESE, así como en los pacientes. ¿En qué sentido? Este balance deberá asumirse en unos años.

UNA BUENA GESTIÓN: TECNOLOGÍA Y RECUPERACIÓN DE RECURSOS

El Instituto de Cancerología fue el primer hospital público del país en contar con *Da Vinci*, un robot diseñado para realizar cirugías mínimamente invasivas. Antes de adquirir el sistema (*Intuitive Surgical*) se hizo un ejercicio de vigilancia tecnológica para conocer sus ventajas, bajo el liderazgo del doctor Jesús Acosta, subdirector de Atención Médica y Docencia del INC entre 2011 y 2019, y la colaboración de las tres subdirecciones y del grupo asesor de Planeación del instituto. Finalmente, el robot se introdujo en el año 2017 y a partir de ese momento se han puesto en evidencia los beneficios de su uso entre los pacientes —en contraste con la cirugía abierta— que van desde la formación de cicatrices mucho más pequeñas, la disminución del dolor, del sangrado y del riesgo de infección hasta una menor estancia en las unidades de cuidados intensivos y una mayor rapidez en la recuperación. Su utilidad se extiende a cirugías gastrointestinales, cardiovasculares, de tórax, ginecología oncológica, urología y cabeza y cuello. En la actualidad, el impacto está siendo evaluado a través de un estudio de investigación institucional. A noviembre de 2020 se han realizado 461 procedimientos con este robot en el INC.

En 2019, la Food and Drug Administration (FDA) de Estados Unidos emitió una alerta sobre el uso de esta tecnología en el campo de la ginecología oncológica. A raíz de esta advertencia el instituto, en cabeza de la doctora Lina María Trujillo, subdirectora de Atención Médica y Docencia desde ese mismo año, conoció de primera mano los resultados del estudio conducido por la Universidad de Texas y el M.D. Anderson Cancer Center en Houston y otros 33 hospitales. Con base en

estos nuevos hallazgos se ha hecho más claro que los procedimientos que pueden generar riesgos son la histerectomía por cáncer de cuello uterino, la mastectomía parcial o radical o las cirugías asistidas para la prevención del cáncer, aunque estos dos últimos procedimientos no se han realizado en Colombia con el robot.

Aparte de temas como este, el mayor reto que ha enfrentado el instituto en los últimos años es su sostenibilidad fiscal en medio de la crisis permanente del Sistema de Salud. Al comienzo de la segunda década del siglo XXI la situación financiera de los hospitales del país no era la mejor, debido a las deudas de aseguradores y de entidades públicas. En el caso de Bogotá, la Administración Distrital adeudaba a los hospitales más de 319 mil millones de pesos, a fecha del 30 de septiembre de 2012. Según la Contraloría, el 61,4 %, es decir, 196 mil millones, eran obligaciones pendientes de pago a los hospitales que conformaban la Red Pública Distrital de Salud por concepto de los servicios prestados a la población pobre no asegurada, desplazada y que gozaba de gratuidad. El 31,7 %, equivalente a 101 402 millones, correspondía a cuentas por pagar a operadores de la red complementaria privada, dentro de los cuales se encontraban instituciones como el INC-ESE, al que se le debían 12 594 millones; la Fundación Hospital de La Misericordia, con 8 416 millones, y la Clínica San Juan de Dios de Chía, con 2 968 millones. A estas cifras se sumaban cuentas pendientes de pago a instituciones de salud por atención de urgencias a usuarios que hacían parte de la población asegurada.

Consciente de los efectos que producía la ausencia de estos recursos, la dirección del instituto se propuso, a partir de 2016, conseguir el pago de estas deudas con una estrategia novedosa que dio buenos resultados. En 2019, la Contraloría General de la



República informó que tras más de dos años, dicha estrategia se tradujo en la recuperación de \$18 577 912 596 de la cartera que le adeudaban EPS y entes territoriales al INC-ESE («Recuperan más de \$18 000 millones» 2019). Esto fue posible luego de un trabajo articulado en el que participaron el instituto, la Fundación Simmon y el Observatorio Así Vamos en Salud.

De acuerdo con la Contraloría, la instalación de unas mesas de trabajo permitió identificar los problemas existentes en el flujo de recursos de los principales pagadores o deudores hacia el instituto. En estas mismas mesas se generaron acuerdos para sanear la cartera, gracias a la cooperación del Ministerio de Salud y de la Superintendencia Nacional de Salud. También participaron allí las secretarías de Salud de Casanare, Meta,

Cundinamarca, Boyacá y Tolima, así como las EPS Capital Salud, Nueva EPS, Comparta, Emdisalud, Salud Vida, Comfaboy, Coosalud y Comfamiliar Huila. Y, naturalmente, el INC-ESE.

En medio de los acuerdos, el instituto reportó que en 2017 la Nueva EPS tenía saldos de cartera por 39 467 millones, de los cuales a noviembre de 2018 había realizado pagos por 10 981 millones, correspondientes a la facturación de vigencias anteriores. En el caso de Capital Salud, de la cartera que para 2017 era de 25 144 millones de pesos se recuperaron 7021 millones de

El INC es el primer y único hospital público del país que cuenta con un robot para intervenciones mínimamente invasivas. Fotografía: Archivo INC.

El mayor reto que ha enfrentado el instituto en los últimos años es su sostenibilidad fiscal en medio de la crisis permanente del Sistema de Salud.

vigencias anteriores. Un análisis presentado por la Fundación Simmon, con datos del Sistema de Información Hospitalaria del Ministerio de Salud, evidenció que al cierre de las mesas, cuando concluía la segunda fase de trabajo, en diciembre de 2018, se logró disminuir la concentración de cartera de los principales cuatro deudores del INC-ESE del 57 % en 2015 al 35 %. En el desarrollo de estas mesas, la Superintendencia Nacional de Salud, en coordinación con el Ministerio, asumió el compromiso de modificar la Circular 017 de 2015, «por la cual se imparten instrucciones respecto de la facturación de eventos y tecnologías no POS», con la finalidad de corregir las dificultades administrativas para el cobro y pago de estos servicios. Tales dificultades se venían presentando como producto de la fragmentación de la facturación de estos servicios ante las EPS y los entes territoriales. El compromiso puso como límite para lograr el cambio propuesto por la circular el segundo semestre de 2018.

Lo interesante es que la Contraloría indicó que este era un modelo que podría usarse en el resto del país, pues al tratarse de un ejercicio de control fiscal participativo, articuló a los actores del sector e identificó e implementó acciones para mejorar el

flujo de recursos. Además, el Gobierno nacional identificó los aspectos operativos que dificultan el relacionamiento entre los actores del sistema. Según la Contraloría, el mismo ejercicio lo deberían llevar a cabo entidades que presentaran acumulación crítica de cartera y las EPS con las que no se lograron avances considerables, a fin de construir colectivamente soluciones a esta problemática estructural que enfrentaba no solo el Cancerológico, sino también otras instituciones asistenciales del país.

Uno de los retos en las dos últimas décadas ha sido mantener y fidelizar el talento humano en oncología. El instituto ha formado la mayor parte de especialistas en cáncer del país y, sin embargo, la gran mayoría migra al sector privado, que ofrece una remuneración mucho mayor. La insuficiencia en talento humano impacta la atención de los pacientes con cáncer por un desbalance entre oferta y demanda de servicios. Bajo el liderazgo de la Subdirección Administrativa y con un equipo multidisciplinario, desde 2010 se diseñaron y desarrollaron modelos de productividad para atender la demanda insatisfecha, garantizando la calidad y la oportunidad en la prestación de los servicios y obteniendo la fidelización del talento humano mediante una remuneración competitiva.

Como resultado de esta buena gestión, en 2018 y en 2020 el instituto recibió el Premio Nacional de Alta Gerencia, un incentivo por la excelencia al buen desempeño institucional, con el cual el Gobierno nacional reconoce las experiencias exitosas presentadas por organismos y entidades que merezcan ser distinguidas e inscritas en el Banco de Éxitos de la Administración Pública, reglamentado por la Ley 489 de 1998. Esta distinción no solo es producto de los esfuerzos adelantados por las recién

FUNDACIONES AMIGAS DEL INC

El INC trabaja de la mano con fundaciones cuyo objetivo es brindar a los pacientes con cáncer y a sus familias acompañamiento psicológico, legal e informativo.

FUNDACIÓN ELLEN RIEGNER DE CASAS

Ellen Riegner de Casas fue una destacada fotógrafa colombiana que sufrió de cáncer, y durante su tratamiento se interesó en ayudarle a mujeres que, debido a sus escasos recursos, no contaron con la oportunidad de atención que ella tuvo. Al morir Ellen, sus amigos cercanos, su esposo y sus hijas quisieron cumplir su voluntad y trabajaron para constituir la fundación, la cual se creó e inició sus actividades en febrero de 2003.

Los recursos iniciales provinieron de la venta de obras donadas por prestigiosos artistas colombianos. Gracias a ellos, siempre presentes a lo largo de la historia de la Fundación, se conformó una base sólida para que la ayuda a mujeres enfermas con cáncer fuera una realidad. La institución ha funcionado desde entonces con estos recursos y con la ayuda de personas y empresas generosas que creen en su trabajo.

Actualmente la fundación propende por el bienestar, la calidad de vida y la adhesión al tratamiento de hombres, mujeres, niños y niñas de escasos recursos tratados en el Instituto Nacional de Can-

cerología, el Hospital Universitario La Samaritana, entre otras instituciones. Mediante una gestión eficiente busca entregarles ayuda inmediata para aliviar la carga psicológica, social y económica que los afecta durante su tratamiento. Su actuar se rige bajo los preceptos establecidos en el «Modelo para el Control del Cáncer en Colombia».

FUNDACIÓN SIMMON

Creada en 2011 por Adriana María Garzón Pinzón, sobreviviente de cáncer de mama, esta fundación sin ánimo de lucro busca contribuir a mejorar la calidad de vida de los pacientes con cáncer en Colombia a través del abordaje multidisciplinario de esta enfermedad, y velar por la detección temprana y el tratamiento oportuno con continuidad, calidad y dignidad.

El acompañamiento de profesionales en temas de psicología, enfermería, derechos y nutrición a pacientes y cuidadores se complementa con actividades grupales que promueven el intercambio de experiencias y el bienestar de los afiliados. Igualmente, promueve el cuidado de la salud y la prevención del cáncer a través de campañas dirigidas al público en general y de actualizaciones a profesionales y estudiantes de las ciencias de la salud frente al diagnóstico temprano y el manejo primario del cáncer.





FUNDACIÓN EMILIO

El objetivo principal de esta fundación es ayudar a la niñez en situación vulnerable por enfermedad o discapacidad general, pero con énfasis en el apoyo a niños con cáncer. Fue creada por Francisco Ceballos y Carolina Díaz, en memoria de su hijo Emilio. Basados en su experiencia de más de seis años en el tratamiento del pequeño, tomaron la decisión de contribuir a mejorar la calidad de vida de muchos niños necesitados, con el apoyo de su familia y de amigos sensibles y dispuestos a colaborar con esta causa.

La fundación desarrolla diversas actividades en beneficio de los niños enfermos de cáncer y sus familias, principalmente enfocadas hacia el mejoramiento de la calidad de vida y la reducción del sufrimiento. La ayuda y los servicios se brindan de forma gratuita.

Además de su junta directiva, la fundación cuenta con la asesoría y apoyo de un comité médico-científico y psicosocial de larga trayectoria y experiencia, tanto en el ámbito nacional como en el internacional, con el objeto de lograr la mayor eficiencia y el mejor impacto en sus estrategias generales de apoyo a la comunidad infantil.

ALIADOS DEL INC

Además de las tres reseñadas, las siguientes entidades trabajan con el instituto: Damas voluntarias INC, Dolex-GSK Programa Palabras que Acompañan, y las fundaciones Abraza un Sueño, Alegre Clementina, Alma de Ángel, Amese, Anderson Cruz, Andrés Arteaga, Carlos Andrés, Fundación Colombiana de Leucemia y Linfoma, Copservir, Doctora Clown, Golazos de Esperanza, Haciendo Realidad tu Sueño, Iluminando Grandes Corazones, María José, Mi Querido Emmanuel, Mise en Place, Mujer de Luz, Neuronas, Norman Esteban Zapata (FUNOZ), Opnicer, Parche de Vida, Pequeños Héroes Totus Tuus, Sanar Niños con Cáncer, Segundos de Vida, Sonrisa de Ángeles Clown, Sueños, Un Granito de amor, Volver a Vivir, Fundancer, Fundasol 126, Fundeseo. Fundación para el desarrollo social El Olivar, Fuvincul Colegio El Duque de Rivas, Generación de Transformación NISSI, Misi Baby Spa Ltda. y Música para el alma, ONG.



tes administraciones, sino que hace parte de una historia de largo plazo en la que, como se ha mostrado en este libro, pone al instituto en la línea de constituirse en un modelo de gestión hospitalaria, incluso en los momentos más difíciles del sistema de salud y de la realidad nacional.

Ahora bien, esta no es la única distinción recibida en los últimos años. En 2017, el INC-ESE recibió el Premio al Ingenio, en la categoría Salud, por el desarrollo de su *software* de información de cáncer en Colombia, el cual le fue entregado por Cluster de Software y TI, Fedesoft y la Cámara de Comercio de Bogotá. A estos logros se suma el Reconocimiento de actores, un paso más hacia la excelencia, en 2018, en la categoría Centros e Institutos de Investigación, debido a la generación de conocimiento fundamental para el país mediante proyectos de investigación científica básica o aplicada. Esta historia de aciertos continuó cuando el Concejo de Bogotá y la Alcaldía Mayor le concedieron al INC-ESE la Orden de Responsabilidad Social «Dona Bogotá 2019 y 2020», con la cual se exalta a personas naturales y jurídicas que incentivan y promueven, a través de actos de sensibilización, la donación de órganos y tejidos con fines de trasplante e implante. A todo ello hay que agregar la certificación ISO NTCGP1000, la



ISO-2015 Quality Management Sistem-2015-Icontec, la ISO-2015, y en varias ocasiones certificaciones en Buenas Prácticas Clínicas, Buenas Prácticas de Manufactura de Gases Medicinales, la Certificación BPE-2019-Invima y los premios a las IPS con los mejores resultados de gestión del riesgo en cáncer en general y cáncer de cérvix en particular, concedidos en 2020 por la Cuenta de Alto Costo a las mejores prácticas de EPS e IPS del país. Con cada uno de estos reconocimientos, el instituto revitaliza la misión con la que fue fundado en 1934 y refuerza su compromiso con la investigación, el tratamiento del cáncer, la innovación, la buena gerencia y la función social de los hospitales públicos en el país.

Izquierda: el instituto recibió en 2018 el Premio Nacional de Alta Gerencia por la propuesta de modelos de productividad para la atención de pacientes. Fotografía: Archivo INC.

Derecha: la institución ha recibido un sinnúmero de reconocimientos por su labor asistencial. En 2020, la Cuenta de Alto Costo exaltó su trabajo en dos categorías. Fotografía: Archivo INC.

TALENTO HUMANO AL SERVICIO DE LA CIUDADANÍA

Durante los últimos quince años el Instituto Nacional de Cancerología ha implementado una serie de estrategias administrativas orientadas a mejorar la calidad de sus servicios, refrendar su pertinencia como entidad pública y asegurar su sostenibilidad y su viabilidad financiera. Las experiencias adquiridas posicionan hoy a la entidad como un referente público en la prestación de servicios de salud desarrollados con base en el talento humano, el trabajo sostenido para lograr altos estándares de calidad, la planeación estratégica y el mejoramiento continuo orientado al bienestar de los pacientes.

ACTUALIZACIÓN TECNOLÓGICA

Uno de los frentes que contempla el INC es el manejo eficiente de los diversos procesos que integran su operación, razón por la que adquirió un *software* alemán (SAP) que le permite, entre otras cosas, facturar, llevar la contabilidad y administrar el presupuesto. Esta moderna solución tecnológica le facilita, además, crear historias clínicas cien por ciento electrónicas conectadas a la facturación e integrando procesos asistenciales y administrativos. Hoy es posi-

ble que cada vez que un médico atiende una consulta o formula a un paciente, el sistema cargue toda la historia clínica dividida por especialidades específicas como laboratorio clínico, banco de sangre, patología, oncología y radioterapia. Este apoyo tecnológico redundará en una mejor y más eficiente atención a los pacientes y en un manejo transparente y efectivo de los recursos del instituto.

GESTIÓN DE INFRAESTRUCTURA

La historia de las instalaciones del INC se remonta a la época de su fundación, en 1934. Dada su antigüedad, durante los últimos años el instituto ha emprendido el reforzamiento de las mismas, a fin de cumplir con las normas de sismorresistencia establecidas para el país, razón por la que fue necesario definir un rubro de inversión que estableciera una hoja de ruta hasta el año 2025. Entre las acciones realizadas en este frente se destacan los cambios en el área de patología, la remodelación del área de consulta externa de radioterapia, y la construcción de: un búnker para radioterapia, el edificio de medicina nuclear, la unidad de cuidado intermedio pediátrico,

nueve quirófanos de las salas de cirugía, una planta de tratamiento de aguas residuales, treinta habitaciones para hospitalización en el tercer piso, una bodega de 40 m² para la manipulación y almacenamiento de la ropa sucia, el laboratorio de macroscopía, el búnker de decaimiento de desechos líquidos provenientes del uso de tratamientos con yodo y un sistema de rociadores de extinción de incendios. La inversión, cercana a los cien mil millones de pesos, incluyó, además, la modernización del área de esterilización, la ampliación y modernización de la subestación eléctrica y de la planta eléctrica del edificio de Consulta Externa, la ampliación de la morgue, la instalación de un circuito alterno de media tensión, la modernización de seis ascensores y la ampliación y remodelación del área de urgencias. Sobre esta última obra, hoy en día el INC es la única entidad del país que cuenta con un área de urgencias enfocada en la oncología que se perfila como un referente nacional.

CRECIMIENTO DEL TALENTO HUMANO

Una de las fortalezas más relevantes sobre las que se han consolidado los éxitos del INC es que sus directivos, elegidos siempre al margen de injerencias burocráticas o presiones políticas, han sido profesionales técnicos destacados por sus méritos. Gracias a ellos el instituto ha tenido planes estratégicos sólidos y esquemas de planeación eficientes, formulados en sintonía con los planes de desarrollo nacionales y con base en el potencial y crecimiento de sus colaboradores.

El desarrollo positivo en las entidades públicas depende, en buena medida, de los planes que diseñen para sus colaboradores, que los motiven a trabajar con la mayor calidad, eficiencia y com-

promiso posibles. Con ese horizonte y en el marco de un esquema de prestación de servicios eficaz y competitivo, el INC desarrolló un sistema de seguridad de salud en el trabajo, así como una serie de programas de capacitación permanente que la han posicionado como una entidad pública ejemplar en campos como la docencia de distintas especialidades.

Con el ánimo de mejorar la calidad de sus servicios y al tiempo sus procesos cotidianos, el INC disminuyó en 2009 las cargas de su personal en planta, externalizando servicios asistenciales y administrativos como vigilancia, aseo, lavandería, alimentos, facturación, cartería y farmacia —un área que opera mediante un modelo mixto—. Integrar a la operación proveedores especializados cambió la cara del instituto, pues garantizó, por ejemplo, que el personal médico y de salud tuviera acceso permanente y con los más altos estándares de calidad a insumos fundamentales en sus labores.

PREMIO A LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA

Gracias al proyecto «Productividad y desempeño para el mejoramiento en la oportunidad en la prestación de los servicios en los pacientes con cáncer», que surgió en el marco del incremento en la esperanza de vida y el aumento en la prevalencia de enfermedades crónicas como el cáncer, la diabetes y la hipertensión arterial, el INC recibió, en 2018, el Premio Nacional de Alta Gerencia de la Presidencia de la República. El proyecto es el resultado de un trabajo colectivo en el que participaron la Dirección, la Subdirección Médica, el área de Talento Humano, los asesores jurídicos, el área Financiera, Planeación y la Subdirección Administrativa.

Uno de los objetivos del proyecto fue superar la visión de que las organizaciones públicas son inflexibles y poco competitivas y perfilar una orientación estratégica basada en la eficiencia y el desempeño. En ese sentido, el INC encontró que podía adoptar y desarrollar nuevos modelos técnicos que le permitieran cubrir la producción adicional misio-
nal, mejorando el reconocimiento económico de acuerdo con los diferentes niveles de cumplimiento y desempeño del personal vinculado a la entidad. Adicionalmente, diseñó nuevos modelos de productividad para mejorar la oportunidad en la prestación de los servicios a los pacientes, incrementando la oferta especializada en oncología.

Entre las acciones innovadoras que hicieron al INC acreedor a este premio de alta gerencia se destacan la simulación de las variables de volumen de demanda insatisfecha, de horas requeridas, valor de pago a las sociedades que prestaran los servicios, tarifas de servicios, facturación y recaudo para evaluar la viabilidad financiera. En 2020 el INC volvió a ganar este premio, esta vez por el proyecto «Torre de control de urgencias. Una historia de transformación».

UN MODELO CENTRADO EN EL PACIENTE

Para cumplir con los estándares en salud que establece el Ministerio del ramo, el instituto desarrolló un modelo de acreditación cuyos ejes principales son el paciente, sus necesidades y su familia. Desde esta perspectiva se creó el proyecto Gestión Integral al Paciente que integra la gestión médica, la administrativa, la gestión al usuario, la planeación para auscultar todas las necesidades de los pacientes en términos de procesos, comunicación, infraestructura y equipos. Las innovaciones en esta materia son sencillas, pero fundamentales, y se concretan, por ejemplo, en el acceso a las instalaciones usando la huella dactilar o digitando el número de identificación.

El INC cuenta con una señalización estratégicamente ubicada y diseñada para la comodidad de los pacientes y de sus familiares; posee, además, una infraestructura adecuada para personas con discapacidad y espacios sin barreras físicas que facilitan su movilidad. Cabe resaltar que hoy, cuando un paciente debe solicitar una cita, le basta con comunicarse una única vez con el instituto y a partir de ahí es la institución la que lo contacta para continuar con el proceso.



INDICADORES DE ÉXITO

Si bien el objetivo de una institución pública como el INC no es vender servicios, debe emprender acciones que permitan su sostenibilidad para poder brindar una oferta de calidad a toda la población. Gracias a la gestión administrativa de los últimos años los márgenes de ganancia del INC aumentaron de 2000 a 30 000 millones de pesos, evidenciando el éxito de las estrategias administrativas implementadas. Actualmente, el instituto atiende aproximadamente 200 000 consultas al año, entre 10 000 y 14 000 cirugías y realiza alrededor de un millón de laboratorios clínicos, cifras que apoyan su viabilidad y pertinencia ante el Estado y ante la sociedad en general, y, así mismo, hacen patente el aumento de las investigaciones y la calidad del trabajo realizado en salud pública y en el área docente.

LOS RETOS DEL FUTURO

Los retos más relevantes que enfrentará en el futuro el INC se centran en continuar siendo sostenible y seguir ocupando su papel de socio y consejero del Ministerio de Salud en la misión de controlar el cáncer en el territorio nacional. Las instituciones como el INC son fundamentales para la sociedad desde el punto de vista de su valor público, pues contribuyen al control del cáncer y generan buenas prácticas en el desarrollo de investigaciones, la docencia y la atención hospitalaria. A esto contribuiría el hecho de imprimirle al INC una naturaleza jurídica especial y un régimen propio que reconozca el rol que cumple en el escenario de las entidades públicas de salud. En términos administrativos es relevante para la sociedad su aporte de valor y conocimientos, sosteniendo sus

prácticas de eficiencia administrativa, ahorro, austeridad y alianzas público-privadas que garanticen eficiencia y sostenibilidad en los servicios que ofrece.

Así mismo, la entidad espera obtener la acreditación, un estándar de calidad superior en salud que avale su sistema con los pacientes en el centro. Respecto al talento humano, el INC enfrenta el reto de mejorar la remuneración de los niveles asistenciales, de investigación, salud pública y área administrativa, a fin de retener el valioso capital humano que posee en la actualidad y continuar siendo el centro de atención del cáncer por excelencia.

El INC buscará entre sus acciones futuras replicar el modelo de prevención creado con el Centro de Prevención y Diagnóstico Temprano de Cáncer (CPreD), en el que podía formar talento humano, tratar el cáncer y, sobre todo, prevenirlo. Este modelo de prevención puede reproducirse para crear un frente común con el Ministerio de Salud y con otras instancias a fin de llegar a las regiones y de difundir aportes en términos de literatura científica, programas y planes relacionados con VPH, cáncer gástrico, sistemas de prevención y vacunas, entre otros.

LOS RETOS AL FUTURO Y LAS PROPUESTAS DEL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA

De acuerdo con los datos suministrados por la OMS, el cáncer es la segunda causa de muerte en el mundo; solamente en 2015 ocasionó 8,8 millones de defunciones, lo que quiere decir que una de cada seis muertes se debe a esta enfermedad. En ese mismo año los cinco tipos de cáncer que causaron un mayor número de fallecimientos fueron los siguientes: pulmonar (1,69 millones), hepático (788 000), colorrectal (774 000), gástrico (754 000) y mamario (571 000) (GBD 2015, 1). Más recientemente, según los datos disponibles en Globocan, para 2018 se estimaron 18,1 millones de casos nuevos y 9,6 millones de muertes como consecuencia de dichos tipos de cáncer. El riesgo acumulado de incidencia indica que uno de cada ocho hombres y una de cada diez mujeres desarrollarán cáncer en algún momento de su vida. Este panorama epidemiológico empeora cuando se descubre que el 70 % de las muertes por cáncer se registran en países de ingresos medios y bajos. Alrededor de un tercio de estas muertes se debe a los cinco principales factores de riesgo conductuales y dietéticos: índice de masa corporal elevado, ingesta reducida de frutas y verduras, falta de actividad física, consumo de tabaco y consumo de alcohol (WHO 2018).

En la actualidad, es posible afirmar que el tabaquismo es el principal factor de riesgo y ocasiona, aproximadamente, el 22 % de las muertes por cáncer (GBD 2015, 1). Las infecciones onco-génicas, entre ellas las causadas por el virus de las hepatitis o por papilomavirus humanos, ocasionan el 25 % de los casos de cáncer en los países de ingresos medios y bajos (Plummer et al. 2016) y, por ello, son fundamentales la vacunación y otras estrategias preventivas. Su detección en una fase avanzada y la falta



de diagnóstico y tratamiento agravan la situación de esta enfermedad en el mundo y, de nuevo, reflejan la crítica situación que al respecto existe en los países de bajos y medios ingresos. En efecto, en 2017 se informó que solo el 26 % de los países de ingresos bajos contaba con servicios de patología para atender a la población en general. Más del 90 % de los países de ingresos

Página anterior: el 70 % de las muertes por cáncer se registran en países de ingresos medios y bajos, lo que configura un reto de salud pública para la región. Fotografía: Archivo INC.

altos ofrecían tratamiento a los enfermos oncológicos, mientras que en los países de ingresos bajos este porcentaje era inferior al 30 %. En el contexto actual, el impacto económico del cáncer es sustancial y va en aumento. Según las estimaciones, el costo total atribuible a la enfermedad en 2010 ascendió a 1,16 billones de dólares (Stewart y Wild 2014), y solo uno de cada cinco países de ingresos medianos o bajos dispone de los recursos necesarios para impulsar políticas de lucha contra la enfermedad.⁷

En el conjunto del continente americano, el cáncer se ha convertido en la segunda causa principal de muertes durante los últimos años. En 2018 se diagnosticaron aproximadamente 3,8 millones de casos, mientras 1,4 millones de personas murieron por esta enfermedad. De acuerdo a la OMS, los tipos de cáncer que fueron diagnosticados con mayor frecuencia en ese año en los hombres fueron el de próstata (21,7 %), pulmón (9,5 %) y colorrectal (8,0 %). En el caso de las mujeres, los tipos de cáncer más frecuentes fueron el de mama (25,2 %), pulmón (8,5 %) y colorrectal (8,2 %). En Colombia, de acuerdo a la misma organización, en 2018 el número de casos totales de cáncer se elevó a 101 893 y para el mismo año se registraron 46 057 muertes por causa de esta enfermedad. El cáncer de estómago fue el más frecuente en toda la población, seguido del cáncer de pulmón, el colorrectal, el de seno y el de próstata (WHO 2020, 1).

En el largo plazo, las tendencias globales y nacionales del cáncer no parecen ser halagadoras. Según la International Agency for Research on Cancer y Globocan, para el 2040 se esperan unos 29,5 millones de nuevos casos, lo que significa un incremento importante respecto a los 18,1 millones de nuevos casos de 2018. De ser ciertos estos datos, los costos derivados de esta enfermedad se incrementarán y golpearán duramente a personas y países que llevan la peor parte en la inquietante desigualdad global del presente. Aunque la investigación científica ha avanzado, la lógica financiera y mercantil que rodea a la industria farmacéutica y al complejo médico industrial no auguran una universalización en el acceso a los tratamientos, sino nuevas inequidades entre zonas centrales y periféricas, ricas y pobres. Ello es aún más perturbador cuando es posible prever tratamientos novedosos y prometedores, debido a la investigación básica en la biología de esta enfermedad, así como en el dominio de la clínica, el diagnóstico y las terapéuticas. En este contexto, la privatización de los sistemas de salud no parece ser la vía más adecuada de manejo; tampoco para paliar los efectos que esta enfermedad produce en las poblaciones. De hecho, la introducción de las lógicas de mercado en las instituciones sanitarias ha llevado a priorizar los modelos biomédicos y asistenciales, debido a que con ellos es posible facturar, mientras que los modelos de promoción y prevención han sufrido una marginación significativa. A ello habría que agregar que los determinantes sociales, como la mala alimentación, el tabaquismo, el alcohol o las infecciones virales asociadas al cáncer aceleran la aparición de la enfermedad, y aún más si no son inter-

7 Datos suministrados por la Global Initiative for Cancer Registry Development, International Agency for Research on Cancer, Lyon, Francia.

EL PACIENTE EN EL CENTRO DE LA ATENCIÓN

«Lo mejor del INC es que es público, con una función social. Es claro que el instituto no está echando para atrás, sino que cada día trata de ser mejor y que está construyendo cosas en favor de los pacientes de todo el país».

Paciente femenina atendida en el INC

El INC propende porque el paciente con cáncer reciba una atención oncológica integral ética, humana y científicamente calificada, en un clima de confianza y respeto mutuo. Por ello trabaja en varios frentes para lograr posicionar las mejores prácticas en el tratamiento, que los enfermos y sus familiares sientan el apoyo institucional, más allá del tratamiento mismo, y que puedan pasar, en la medida de lo posible, tiempo de calidad durante el proceso.

HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE

La humanización de la atención pone al paciente en el centro de cada decisión del instituto, garantizando que los servicios se presenten partiendo del respeto a la dignidad, las costumbres, las creencias, la etnia, etc.

La atención del paciente y su familia es congruente con las características socioculturales individuales y con las condiciones específicas de salud. Para ello se espera que el plan de cuidado y tratamiento sea recibido por el paciente bajo condiciones de seguridad, el respeto a sus derechos, de manera informada, con acciones de educación sobre su enfermedad y con el propósito de obtener los mejores resultados.

El plan de humanización promovido por el INC está dirigido a todo el personal participante dentro de los procesos institucionales para la prestación de los servicios de salud, docencia e investigación. El alcance de la política es el desarrollo de una cultura humanista en las habilidades y competencias de los colaboradores para la satisfacción de las necesidades físicas, emocionales y espirituales del paciente, su familia y la comunidad en general.

MODELO DE ATENCIÓN DEL PACIENTE CON CÁNCER

Se estima que para 2035, en Colombia habrá 150 000 casos nuevos de cáncer al año, lo que indica que, aunque se desarrollen programas efectivos de prevención, se presentará un aumento importante en el número de pacientes que requerirán atención adecuada por parte del sistema de salud. Este panorama habla de desafíos sustanciales tanto en la atención como en la prevención y la detección temprana de la enfermedad y, al mismo tiempo, plantea retos significativos de salud pública y de atención a los pacientes con idoneidad y sentido de la oportunidad, que involucre los recursos del paciente, su familia y su entorno social cercano.

En 2006 el INC publicó el «Modelo para el Control del Cáncer en Colombia», en el que se definió el control como el conjunto de

actividades que de forma organizada se orientan a disminuir la carga de esta enfermedad mediante la reducción del riesgo para desarrollar los diferentes tipos de cáncer; la disminución del número de personas que mueren por esta causa, y el incremento en la calidad de vida de quienes tienen o sobreviven a la enfermedad.

Dentro de la perspectiva de trabajo iniciada con dicho modelo, el INC elaboró un «Modelo de cuidado del paciente con cáncer» que recoge, desde una perspectiva de salud pública, las revisiones teóricas, las evaluaciones previas realizadas en torno al tema, así como la propia experiencia institucional para presentar una pauta que establece que la atención del cáncer debe organizarse teniendo en cuenta como elementos básicos las juntas multidisciplinarias, el soporte al paciente y la gestión de la enfermedad.



EDUCACIÓN AL PACIENTE

Frente a los retos que plantea la educación de los pacientes, el reconocimiento de las limitaciones de tiempo que se dan en el espacio de la consulta médica, el reconocimiento de la subjetividad y la importancia de orientar a los cuidadores, el INC creó un programa de comunicación educativa que se define como un proceso que promueve el diálogo, así como la capacidad de aprender, de cuestionar y de generar transformaciones individuales, colectivas e institucionales. Este programa se plasmó en la creación de un centro educativo para pacientes con cáncer y sus familias, como un escenario para difundir estrategias de acción pedagógica hacia la institución.

La propuesta de atención en grupo se fundamentó en el reconocimiento que tienen los pacientes con cáncer para enseñar a otros que comparten una situación parecida a la suya. La similitud puede estar relacionada con la edad, el género, las problemáticas sociales compartidas, los intereses o el lenguaje entre pacientes con el mismo tipo de diagnóstico.

Como apoyo para la propuesta educativa se generó, de manera participativa con los grupos clínicos (médicos y enfermeras) y los pacientes del INC, una colección de cuadernos, «Serie esperanza de vida», que abarcan la información básica relacionada con los tipos de cáncer más frecuente. Adicionalmente, se crearon los plegables «La trayectoria del paciente con cáncer», que permiten al enfermo comprender la etapa del proceso en el que se encuentra, y algunos videos en los que se muestran los cuidados y los efectos adversos generados por la quimioterapia y la radioterapia.

Este centro, más allá de transmitir información, ha generado un espacio para el diálogo con el paciente y su red social.

EDUCACIÓN A LOS NIÑOS CON CÁNCER

El Centro educativo hospitalario (Escuelita INC) es un programa lúdico-pedagógico creado para los niños que se atienden en el instituto, el cual les permite iniciar o continuar con su proceso escolar, formativo, recreativo y social, de acuerdo con sus habilidades, capacidades y emotividad, incluyendo a sus familias, que se benefician con talleres educativos, formativos y manualidades que comparten a diario con sus hijos durante su estancia en la institución.

De carácter comunitario, solidario, cooperativo y sin ánimo de lucro, el Centro favorece la calidad y continuidad de la educación así como el mejor desarrollo del proceso de formación de los niños.

SERVICIO DE PEDIATRÍA

El servicio de pediatría cuenta con un proyecto denominado «Centro de excelencia en pediatría» para la atención de pacientes menores de dieciséis años con leucemia linfocítica aguda, cuyo objetivo es mejorar la supervivencia de esta población, haciendo énfasis en el aspecto sicosocial, la educación a padres y niños sobre la enfermedad y resaltando la importancia de recibir tratamiento oncológico.

PROGRAMA DE ALBERGUES

Es una iniciativa del INC que consiste en articular la función social del Estado con la voluntad del sector privado, representado en organizaciones sin ánimo de lucro que trabajan de manera volun-

taria y con clara vocación de servicio para los más necesitados, con el fin de garantizar, durante el tiempo que duren los tratamientos oncológicos ofrecidos por el instituto, las condiciones materiales necesarias para los pacientes de escasos recursos.

Esta experiencia es única en el país, ya que ninguna de las instituciones asistenciales oncológicas públicas ofrece este servicio. Además, se destaca el número de cupos por día, la disponibilidad, oportunidad y posibilidad de que los pacientes de oncología pediátrica estén acompañados por sus madres. El INC ofrece el servicio de albergue a todos sus pacientes en las siguientes instituciones: Albergue Luisito, Fundación Esperanza y Vida, Fundación Dharma (para niños, niñas y adolescentes); Comunidad sacerdotal y laica Misioneros de Cristo (para hombres), y Albergue Damas Voluntarias para mujeres.

LECTURA EN SALAS DE ESPERA

La Red de Bibliotecas Públicas (Biblored) desarrolla una actividad denominada «Lecturas vitales» que se lleva a cabo todos los martes en la sala de espera de cirugía del quinto piso del INC.

Una promotora de lectura, acompañada por la enfermera jefe encargada del Centro de educación para el paciente y la familia del instituto, coordina actividades que tienen como tema central el libro. A partir de la lectura se despierta un diálogo entre familiares y acompañantes alrededor de temas diversos y de interés.

PROGRAMA CUIDANDO A LOS CUIDADORES

Este programa del INC pretende fortalecer el conocimiento, el valor y la paciencia, tres habilidades que debe tener el cuidador de un paciente con cáncer.

El instituto ofrece talleres semanales, dirigidos a cuidadores familiares, a fin de fortalecer sus competencias de cuidado, y ofrecer el conocimiento que se requiere para comprender, dimensionar y facilitar su rol.

En el marco de este proyecto se implementó, en 2103, el programa «Apoyo al cuidador y acompañamiento en el duelo», que se enfoca en el alivio de la carga del cuidador familiar que pierde a un ser querido por cáncer y que es atendido en la institución. Se trata de que el cuidador pueda vivir la experiencia del duelo anticipado y compartir con su ser querido un espacio de afrontamiento y despedida en la etapa de fin de vida.

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN CÁNCER

En el INC se creó en 2012 el «Programa fertilidad y cáncer, salud sexual y reproductiva», con el objetivo de brindar educación y orientación a los pacientes con patología oncológica sobre los efectos secundarios de los tratamientos en su aparato reproductor y en su sexualidad, promoviendo, además, hábitos saludables y de autocuidado para prevenir embarazos, ETS y otros.



venidos temprana y eficazmente. Puede pensarse, sin exageraciones, que persistirán las condiciones para que esta enfermedad avance en el mundo.

Eso nos lleva de vuelta al sentido original del Instituto Nacional de Cancerología, y su carácter público. Un concepto que significa no tanto la asistencia gratuita a los pobres, sino algo más profundo y trascendental en la construcción y la definición de las democracias modernas. Se trata del pacto social por medio del cual el Estado, sobre la base del acuerdo colectivo y los impuestos de la ciudadanía, se encarga de garantizar la provisión de servicios de salud adecuados, integrales y de calidad a quienes padecen esta enfermedad poniendo como objetivo central el derecho a la salud de todo ser humano. ¿Por qué? Porque se trata del pacto constitutivo de las democracias más avanzadas en el mundo de hoy, que no es otro que brindar una retribución al ciudadano sin distinciones, por el solo mérito de pertenecer a la comunidad política y gozar de derechos humanos universales e inalienables.

En esa dirección, la intervención pública en materia de cáncer no se detiene en el nivel de la asistencia. Las instituciones de salud deben fomentar otras tareas como las campañas de promoción del conocimiento sobre la enfermedad, la prevención y detección temprana, la implementación de estrategias transectoriales que influyan en los determinantes sociales que la acompañan, el desarrollo de investigación y docencia para los profesionales que se ocupan de ella y la construcción de planes, programas, políticas y acciones para enfrentarla. Si se observa con atención la historia narrada en los capítulos anteriores, esto es lo que ha hecho el INC en toda su existencia, contra viento y marea, adaptándose a las difíciles dinámicas globales y nacionales a las que se ha enfrentado. Y en el caso colombiano, sufriendo los rigores de la compleja y lenta construcción del Estado y del sistema político, sobreaguardando en la crónica falta de recursos y ganándose un lugar propio en los dos sistemas de salud del país de los siglos xx y xxi. Hoy, el instituto

Arriba: el INC ha hecho un esfuerzo de difusión periódica de información sobre la vigilancia epidemiológica del cáncer. Archivo INC.

Abajo: la investigación básica en la biología del cáncer permite prever tratamientos novedosos y prometedores contra la enfermedad. Fotografía: Archivo INC.

sigue afirmando su carácter público y su misionalidad original, y no cesa de proponer alternativas para el futuro.

Además de lo reseñado en los capítulos anteriores, la Resolución 902 del 26 de junio de 2013, del Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación (Colciencias), le otorgó al instituto el estatus de Centro de Investigación. En estas condiciones, solo en 2016 se desarrollaron 143 proyectos institucionales. En ese mismo año se aprobaron 9,1% de los proyectos, el 75,5% siguió en curso y el 15,4% correspondió a proyectos cerrados. Hubo en total 43 publicaciones científicas, de las cuales 39,5% correspondieron a revistas internacionales;

el 25,6% a revistas nacionales, y el 30,2% a publicaciones extrainstitucionales, a lo que se suma la publicación de dos libros. En 2018, Colciencias ratificó al INC-ESE como Centro de Investigación por medio de la Resolución 515 del 29 de mayo de ese año y se extendió este reconocimiento hasta 2023. En la actualidad, el instituto cuenta con siete grupos reconocidos y clasificados por Colciencias en las categorías A, B y C, que se presentan en la tabla 69.

Tabla 69. Grupos de investigación del INC-ESE reconocidos por Colciencias Fuente: elaboración propia.

	Código de grupo	Nombre del grupo	Líder	Estado	Clasificado en
1	COL0031243	Salud Pública y Epidemiología del Cáncer	Constanza Pardo Ramos	Categoría A1	Convocatoria 833 de 2019
2	COL0124155	GREICAH: Grupo en Enfermedades Infecciosas en Cáncer y Alteraciones Hematológicas	Sonia Isabel Cuervo Maldonado	Categoría C	Convocatoria 833 de 2019
3	COL0028444	Investigaciones Clínicas en Cáncer	Ricardo Sánchez Pedraza	Categoría B	Convocatoria 833 de 2019
4	COL0008629	Grupo de Investigación en Biología del Cáncer	Alba Lucía Cómbita Rojas	Categoría A1	Convocatoria 833 de 2019
5	COL0159802	Grupo de Investigación en Radiobiología Clínica, Molecular y Celular	Pablo Moreno Acosta	Categoría C	Convocatoria 833 de 2019
6	COL0131033	Patología Oncológica INC	Natalia Olaya Morales	Categoría C	Convocatoria 833 de 2019
7	COL0125528	Clínica de Seno y Tejidos Blandos INC	Javier Ángel Aristizábal	Categoría C	Convocatoria 833 de 2019

En el campo de la cooperación internacional contra el cáncer, el instituto ha retomado su liderazgo regional, fiel a la vocación que tuvo desde su creación en esta dimensión internacionalista, y específicamente latinoamericana, que ha marcado su historia. En línea con esta vocación, el 13 y 14 de junio de 2019 se llevó a cabo en Bogotá el Encuentro de Institutos Nacionales de Cáncer de América Latina y el Caribe, Organizado por el INC-ESE, en el que se reorganizó la Red de Institutos Nacionales de Cáncer (RINC). Esta red dotó a la región de una herramienta vital para el intercambio de conocimientos, experiencias e información, particularmente en el control del cáncer de cuello uterino y de mama, el fortalecimiento de los registros de cáncer de base poblacional y los biobancos como estrategia para promover la investigación entre las naciones latinoamericanas y en cada una de ellas. Los participantes en dicho encuentro acordaron crear una comisión de expertos y dispusieron consultar a las agencias regionales y globales a fin de recabar para la nueva red apoyos técnicos, logísticos y financieros, entre otros. Estas iniciativas en torno al nuevo instrumento de asociación y de trabajo colectivo y solidario en la región es de gran importancia porque surge en momentos en que en los países de América Latina y el Caribe asoman tendencias



disruptivas que —coincidencias inesperadas de la historia— se dan en medio de la crisis producida por la pandemia del coronavirus y bajo el reconocimiento internacional de que los institutos de investigación se deben fortalecer.

A un año largo de este encuentro, directores y directoras de los Institutos Nacionales de Cáncer de América Latina se reunieron virtualmente el 22 de julio de 2020 para formalizar los acuerdos emanados de la reunión de Bogotá y para dar vida a una alianza de Institutos Nacionales de Cáncer de América Latina bajo la sigla INC LATAM, cuya acta de creación fue firmada inicialmente por siete países latinoamericanos en calidad de miembros fundadores: Colombia, Perú, Brasil, Chile, Bolivia, Paraguay y Ecuador. Esta red reemplaza a la (RINC) que funcionaba en el marco de UNASUR, organismo que dejó de existir por cambios en el espectro geopolítico en América Latina. En este mismo documento se especifica la misión de la nueva organización, que es la de promover y fortalecer los institutos para el combate de la enfermedad neoplásica en cada país, impulsar la investigación e incentivar la creación de esta clase de instituciones. También se formularon seis objetivos generales, todos inscritos en el marco del trabajo colaborativo regional y en el desarrollo de las capacidades conjuntas. Se estableció que el Instituto Nacional de Cancerología colombiano lidere la Secretaría Ejecutiva durante el primer período de su funcionamiento (2020-2023). Los principios que se recalcan como faros para el ejercicio del INC LATAM son nobles y estimulantes. Basta listarlos para entender su dimensión: «humanización, neutralidad, imparcialidad, transparencia y honestidad, participación, compromiso, productividad, solidaridad y complementariedad».

En 2019 se reorganizó la Red de Institutos Nacionales de Cáncer de Latinoamérica Fotografía: Archivo INC.



- Se inicia el Programa de Trasplante de Medula Ósea.

1990



- Se crea el Programa Antitabaquismo.

1991



- El Ministerio de Salud adopta el Programa de Detección Precoz del Cáncer de Cuello Uterino.

- Construcción del quinto edificio del INC, «Rafael Carrizosa Argáez».
- Diseño de las políticas de investigación, prevención, promoción de la lucha contra el cáncer y el tabaquismo.
- Publicación del compendio «Manual de normas y procedimientos en el tratamiento del cáncer».



- Publicación de 86 casos de cáncer de piel operados con anestesia tumescente. El Dr. Álvaro Acosta Madiedo de Hart es pionero en la técnica en el mundo.

1992



- Boletín «Hechos y acciones».
- Se inicia la subespecialización en Dermatología Oncológica.



- Inauguración de la Unidad de Cuidados Paliativos, pionera en Colombia.
- Creación de los grupos de Infectología y de Soporte Nutricional Especializado.



- Creación del laboratorio de Genética y Oncología Molecular.
- Se inician los estudios de respuesta inmune hacia el virus del papiloma humano y de progresión del cáncer de cuello uterino.

1993

- Primeros trasplantes autólogos y alogénicos.
- Introducción de la braquiterapia de altas dosis.

- Inauguración del edificio «Rafael Carrizosa Argáez».

- Introducción del concepto de Hospital Día.

- Creación de la especialización en cuidados paliativos.



- Decreto 1287 del 22 de junio de 1994 que convierte al INC en Empresa Social del Estado.

1994



Ernesto Samper Pizano

Presidente de la República
(agosto 1994 – agosto 1998)



- Orden Universidad Javeriana, Cruz de Plata.

1995

- El INC recibe el Premio Nacional de Cancerología Cáncer 95.

- Se inicia el proyecto «Historia natural de la infección por virus de papiloma humano, su papel y el de otros cofactores en el desarrollo del cáncer cervical (cohorte Bogotá)».

- Comienzan los talleres de difusión de la campaña «Niños y jóvenes colombianos contra el humo».

1996

- El INC recibe la medalla «Tabaco o Salud de la OMS».

- Inauguración del Programa «Salón Verde».

1997



**Andrés Pastrana
Arango**

Presidente de la República
(agosto 1998 – agosto 2002)

- Inicio de quimioterapia de altas dosis, soportada con células madre.
- Concesión y homologación de títulos de subespecialista para médico de planta del instituto, otorgados por la Universidad Javeriana.

1999

- El INC recibe la Orden al Mérito Mariano Ospina Pérez, del Seguro Social.
- Creación de la subespecialización en Cirugía Oncológica Reconstructiva.
- Adquisición de una sonda gammaintraoperatoria.
- Inicio de la cirugía de seno radioguiada, técnica pionera en Colombia.

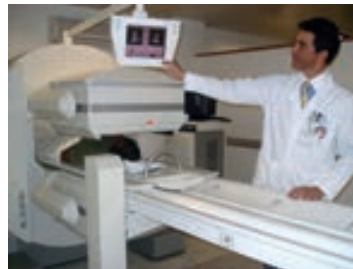
1998

- 26 proyectos de investigación, diagnóstico, tratamiento y prevención del cáncer.
- Se inician las sesiones del Comité de Ética Médica.
- El INC recibe el Premio Nacional Jaime Cortázar de Medicina Nuclear (1997 y 2002).



**Carlos José
Castro Espinosa**

Director del INC
(julio 1998 – febrero 2002)



- Se adquiere la primera Gammacámara de doble cabeza y ángulo variable, única en su momento en Suramérica.



- La Dra. Nubia Muñoz inició sus investigaciones sobre VPH con participación del INC. Lideró múltiples estudios que permitieron establecer la relación entre el VPH y el cáncer de cuello uterino. Profesora emérita del instituto.

- El INC recibe la Gran Cruz Ascofame, Asociación Colombiana de Facultades de Medicina.



- Inicio formal de la Cátedra de Oncología para estudiantes de pregrado de Medicina.
- Resolución 412 que crea la primera norma técnica de detección de cáncer de seno y de cuello uterino.

2000

- Inicio de la construcción del nuevo edificio de Patología.
- XII Premio Aventis. Academia Nacional de Medicina a la Investigación Médica.
- Se publica el libro verde «Guía de práctica clínica en enfermedades oncológicas».

2001



- Encuesta Mundial de Tabaquismo en Jóvenes, que mostró un alto consumo de tabaco en la población estudiantil entre los 13-15 años. Los resultados impulsaron acciones preventivas como los espacios libres de humo y el control de la publicidad.



Álvaro Uribe Vélez

Presidente de la República
(agosto 2002 – agosto 2010)



Carlos Vicente Rada

Director del INC
(marzo 2002 – marzo 2010)

2002

- Resolución 1930 que aprueba el Programa pediátrico - Centro Educativo Hospitalario, pionero en Colombia.
- Publicación de las guías de práctica clínica de enfermedades neoplásicas.
- Creación del aplicativo Reginst (Registro Institucional de Cáncer) en el INC.



- Inicio de la construcción del búnker del acelerador lineal.

- Inicio del proceso de Planeación para el Mejoramiento General.

- Se inicia el proceso de fortalecimiento institucional integral.
- Creación de las subdirecciones Administrativa y Financiera, Médica y de Docencia, de Investigaciones, Vigilancia Epidemiológica, Promoción y Prevención.
- Premio Nacional de Oncología - Movilidad «Investigación en Ciencias Básicas».
- Primer atlas de mortalidad por cáncer en Colombia.

2003



- Creación del grupo de investigación en Biología del Cáncer y Vigilancia Epidemiológica del Cáncer.
- Primer anuario estadístico INC.

- Orden Nacional al Mérito. Cruz de Plata, Presidencia de la República.



- Orden de la Democracia Simón Bolívar. Cruz del Comendador, Cámara de Representantes.

- Se inicia el Sistema de desempeño institucional con la implementación del «Modelo Estándar de Control Interno (MECI)» y el Sistema de Calidad.

2005

2004



- Orden del Congreso de Colombia en el grado de Comendador.



- Aprobación del «Modelo para el Control del Cáncer en Colombia».
- Primer libro de incidencia estimada y mortalidad por cáncer.



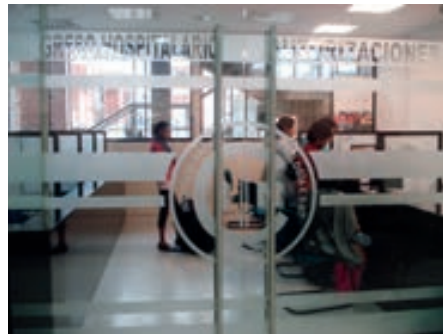
- Colombia adhirió al Convenio Marco para el Control del Tabaco de la OMS (2006-2008).

2006

- La doctora Nubia Muñoz Calderón recibe el Premio de Ciencia y Solidaridad «Alejandro Ángel Escobar 2006» por su investigación sobre el papel del papiloma humano en el cáncer de cuello uterino.
- Inicio de implementación de la historia clínica electrónica (SAP).

- Construcción nuevo bunker acelerador IX2.
- Definición de las líneas de investigación para el control del cáncer.
- Aprobación por el Congreso de la República del Convenio Marco de Lucha Antitabáquica.

2007



- Se inicia el proyecto de reorganización médico-arquitectónica en las áreas de admisión institucional, clínico-diagnósticas, zonas de atención a usuarios y funcionarios.



- Publicación del «Manual de Agentes Carcinogénicos» y de la «Recomendación para la Detección Temprana del Cáncer».

- Nueva Encuesta Mundial de Tabaquismo en Jóvenes.
- Inicio e implementación del proyecto y las campañas de prevención del cáncer, en coordinación con el Ministerio de la Protección Social.



- Inauguración del «Hospital Día», pionero en su género en Colombia.

2008



- Proyecto de adquisición de ciclotrón de radiofarmacia, PET fusión y escáner.



- Condecoración Caduceo de Oro de la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional.

- Apertura de salas de cirugía y de UCI en el piso 5.º del edificio de hospitalización, y de la Central de Esterilización.
- Ley 1335 del 12 de julio para la prevención del consumo del tabaco - Ley Antitabaco.
- Decreto 5017 por el cual se aprueba la modificación de la estructura del INC-ESE.
- Decreto 5018 por el cual se aprueba la modificación de la planta de personal del INC-ESE.

2009



- Orden Civil al Mérito «José Acevedo y Gómez». Gran Cruz de Oro, Concejo de Bogotá.



- Cruz Cívica del Mérito Asistencial y Sanitario «Jorge Bejarano». Ministerio de la Protección.

- Inicio e implementación de la herramienta SIAPINC (Sistema de Información de Ambiente de Procesos del INC).
- Proyectos de adquisición e innovación tecnológica para radioterapia, medicina nuclear molecular e imágenes diagnósticas.
- Diseño e implementación del Biobanco.
- La doctora Nubia Muñoz fue nominada al Premio Nobel de Medicina.
- Solicitud de patente de invención de «Un método para la detección e identificación de variantes de VPH 16 mediante el uso de primers y sondas».

- Campañas de Prevención del Cáncer, Medios Masivos 2007-2009.
- Desarrollo del Sistema de Comunicación Pública Organizacional e Informativa «Vida y Cáncer».
- Separatas informativas sobre cáncer en diarios de circulación nacional «Cero tolerancia cáncer de cuello uterino».
- Modernización institucional: nuevo esquema de planta organizacional.
- Inicio de implementación del Sistema de Gestión de Tecnología.



- Continuación de los proyectos de reorganización médico-arquitectónica: área de hospitalización, salas de espera, sala de cirugía, Central de Esterilización, Unidad de Cuidados Intensivos y Hematología.



- Inicio del Programa de Radioterapia Intraoperatoria. Primera cirugía con esta técnica en Latinoamérica.



Juan Manuel Santos

Presidente de la República
(agosto 2010 – agosto 2018)



- Inauguración del Banco Nacional de Tumores Terry Fox.

- Ley 1384 que promueve acciones para la atención integral del cáncer. Se designa al INC como entidad asesora del Estado en los niveles de investigación, atención y control del cáncer.
- El INC busca la excelencia académica con la creación de programas de especialidad médica en oncología, avalados por prestigiosas universidades.



- Implementación del sistema de captura digital de datos.

2010



Raúl Murillo

Director del INC
(octubre 2010 – enero 2015)

- El Icontec certifica al INC con la Norma Técnica Colombiana ISO 9001-2008 y NTCGP 1000-2009.
- Desarrollo de la herramienta SIAPINC III.
- Implementación en el sistema SAP del Módulo de Gestión del Talento Humano.
- Norma Técnica Colombiana: ISO 9001-2008 y GP 1000-2009.
- Certificado de Gestión de la Calidad NTCGP 1000:2009 Sector Público.



- Obras de infraestructura física: edificio de Medicina Nuclear Molecular, UCI pediátrica, habitaciones 2.º y 3.º piso, aumento de camas UCI adultos, UCI médica, adecuaciones en áreas físicas de radioterapia.

- Desarrollo de metodologías para la evaluación de tecnologías y construcción de guías de práctica clínica.
- Aplicación de resultados de investigación en opciones programáticas para la detección temprana de cáncer de mama en cinco capitales de Colombia.
- Inicio de asesorías internacionales para la conducción de estudios poblacionales en detección temprana de cáncer.
- Iniciación de un programa radial interactivo semanal, en diez ciudades del país.
- Sistematización de la gestión de proyectos de investigación mediante un aplicativo basado en su ciclo vida.

- Separatas informativas «Nuevas medidas para el control del consumo de tabaco en Colombia».
- Inicio del modelo de productividad en el área clínica.
- Apertura del edificio de Medicina Nuclear.
- Ingreso del INC como miembro permanente del Consejo Nacional Asesor de Cáncer Infantil (CONACAI).

2011

- Inicio de la implementación de la estrategia «Ver y tratar» para la detección temprana de cáncer de cuello uterino en regiones apartadas del país.
- Lanzamiento de la iniciativa con el Ministerio de salud: playas y parques libres de humo.
- Propuesta para la implementación de un programa de control de calidad en mamografía.



- Separatas informativas «Cáncer ocupacional: Actuar ya es el reto».

2012

- El Gobierno nacional incluye la vacuna contra el VPH en el Programa Ampliado de Inmunizaciones para niñas de 4.º grado de primaria, extendido hasta el 11.º grado de bachillerato.



- Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia: 2012-2021.

- Actualización del Plan Nacional del Cáncer.
- Publicación de las «Guías de Práctica Clínica» para orientar el tratamiento de la enfermedad.
- Resolución 4496 de 2012 por la cual se organiza el Sistema Nacional de Información en Cáncer y se crea el Observatorio Nacional de Cáncer.
- Se inicia el acompañamiento técnico al Ministerio de Salud y Protección Social al proceso de habilitación de servicios oncológicos.
- Laboratorio de Genética.

- El instituto ingresa a la red de Investigación de cáncer de Estados Unidos, SWOG.
- El INC recibe reconocimiento de Colciencias como centro de investigación.

2013

2014

- Primer censo de servicios de mamografía en Colombia.



**Carolina Wiesner
Ceballos**

Directora del INC
(enero 2015 –)

- Apertura de la Unidad de Trasplante de Médula Ósea.
- Apertura Central de mezclas piso 2.º edificio de Patología.
- Producción de radiofármacos PET.
- Premio de la Academia Nacional de Medicina al Grupo de Biología Molecular del INC.

- Apertura del Centro de Prevención y Diagnóstico Temprano del Cáncer (CPreD).
- Inicio de implementación de Inteligencia de negocios.
- Unidad de cuidado intermedio pediátrico.
- Primer trasplante alogénico de médula ósea en el INC.
- Aprobación del programa de primera especialidad en Medicina del dolor y cuidados paliativos.

- El INC es miembro de la Organización Europea de Instituciones de Cáncer (OECI).

- Conmemoración de los 85 años de historia del INC.
- Participación del INC en la promulgación de la Ley 1968 de 2019 por la cual se prohíbe el uso de asbesto en el territorio nacional.
- Primeros resultados de la efectividad de la vacuna contra el VPH, derivados del Programa de monitoreo de vacuna.
- Apertura de 30 habitaciones de hospitalización en el piso 3.º.
- Implementación del Centro de Gestión Integral al Paciente.

2015

2016

2017

2018

2019

2020

- Programa de extensión domiciliaria.
- Diseño campus virtual de capacitación en prevención y detección temprana del cáncer.
- Construcción del modelo nacional de cuidado del paciente con cáncer.

- Se inicia la cirugía robótica en el INC con el sistema quirúrgico Da Vinci.
- Lanzamiento de Infocáncer. Premio Ingenio, de Fedesoft.



**Iván Duque
Márquez**

Presidente de la República
(agosto 2018 –)

- El INC recibe el Premio Nacional de Alta Gerencia de la Presidencia de la República.
- Implementación del programa de Teleoncología, fase I.
- Conformación de la red LATAM-INC.
- Grupo interinstitucional «Acción colectiva para el control del tabaco».
- Mesa técnica con el Ministerio de Salud para el análisis del proyecto de ley relacionado con cáncer.
- El INC recibe el Premio SAP INNOWEEKS.
- Implementación de la estrategia de respuesta «Comando Covid-19».



Ceremonia simbólica por un mundo sin pandemias

(A propósito de la irrupción de la covid-19)

EN LOS MOMENTOS EN QUE SE ESTABA CERRANDO ESTA OBRA HISTÓRICA sobre el Instituto Nacional de Cancerología de Colombia, irrumpió avasallante la pandemia de la enfermedad denominada covid-19. De un día para el otro las naciones de todo el mundo se vieron afectadas seriamente por ella y los habitantes del planeta percibieron, con temor y asombro, su fragilidad frente a un virus que exhibe una enorme capacidad de difusión y de contagio. El mundo se mostró sorprendido y sin la preparación requerida para enfrentarlo, sobre todo en los países donde el neoliberalismo prácticamente ha desmantelado la salud pública. Desde hace unos decenios, ambientalistas y pensadores de diversos orígenes y de diferentes orientaciones teóricas e ideológicas venían anunciando la posibilidad de una pandemia, relacionándola con graves problemas planetarios como el calentamiento global, el cambio climático, la desaparición acelerada de especies animales y vegetales, la crisis alimentaria, la imparable tala de bosques, el agotamiento de los mares y de las fuentes hídricas de toda clase. Se advertía que en este mismo sentido actuaban las frenéticas formas de vida en las ciudades, especialmente en las megalópolis.

Algunos insistían en la relación que podría tener esta pandemia con la manera en que se relacionaban los humanos con la naturaleza y, específicamente, con los ani-



males destinados a la alimentación, al lujo exótico y otras formas de consumo y consumismo. No pocas especies animales fueron expulsadas de sus hábitats naturales y arrinconadas en granjas artificiales dotadas de sofisticadas tecnologías, o en sitios de mercadeo masivo y al detal con condiciones realmente «infra-animales», es decir, infrahumanas. En el origen de esta situación se identificaba un modo de producción y distribución de la riqueza que en su dinámica generaba modelos de desarrollo implacables con la naturaleza; modelos que, además, respondían a un apetito incontrolado de ganancias y de acumulación de capital. El emprendimiento, erigido en una virtud por excelencia, daba igualmente su aporte a esta situación. Quizás la covid-19 sea la ocasión para sacar conclusiones que nos permitan seguir «estando en el mundo» en paz con los animales, las plantas y los minerales; con la tierra, el agua, el aire y el fuego, para decirlo en el lenguaje de los griegos de la Antigüedad,

que tanto aportaron al despegue de la llamada civilización occidental. Civilización en la que está Colombia inscrita por ser parte del continente americano «descubierto» y «conquistado» por los europeos.

En medio de este inquietante decorado llegó la pandemia. Y apenas asomaba su rostro amenazante cuando empezaron los debates sobre su origen y desarrollo, así como los relativos al panorama que le espera a la humanidad una vez superada —si ello se logra— y las tareas que será necesario emprender para paliar sus efectos e impedir, en la medida de lo posible, un acontecimiento similar o peor en el futuro. Aparecen augurios optimistas y pesimistas, utopías libertarias y propuestas autoritarias, prédicas para hacer del ser humano un nicho de solidaridad y de aceptación de lo que determinan los hados del

Fotografía: Dustan Woodhouse en Unsplash.

destino o las dinámicas histórico-sociales. También están las propuestas en la línea del *Gatopardo* de Giuseppe Tomasi di Lampedusa: cambiar algo para que todo siga igual. Y, naturalmente, están las que afirman que se impone un cambio radical, es decir, que ataque las raíces del problema y no sus hojas. Quizás dentro de un radicalismo inspirado por el grafiti de los estudiantes rebeldes del mayo de 1968 en París: «¡Seamos realistas, pidamos lo imposible!».

La pandemia ha revelado dramáticamente la realidad de las relaciones socioeconómicas y de producción mundiales y nacionales. Y ha puesto en evidencia el entretrejimiento de los problemas y procesos de la salud-enfermedad, de los saberes y las prácticas médicas y sanitarias con esa realidad. Con el coronavirus la humanidad quedó inmersa, como algunos lo han planteado, en «un hecho social total»: de ninguna manera se



Fotografía: Michal Turkiewicz en Unsplash.

trata solo de un fenómeno biológico-natural rodeado de un entorno social de baja intensidad que las ciencias y las tecnologías, además de algunas reformas sociales y políticas, superarán en el corto o mediano plazo.

Este libro de historia social de la medicina sobre el Instituto Nacional de Cancerología no es el lugar ni el momento para analizar la pandemia, ni menos aún para pronosticar la pospandemia. Pero sí es un espacio ética y políticamente adecuado para afirmar que frente a la situación que se vive y la que vendrá, es necesario repensar y reformar un buen número de relaciones sociales y de instituciones. Empezando por las organizaciones sanitarias internacionales y, en conexión con estas, los sistemas nacionales de salud que se mueven dentro de las condiciones propias y específicas de cada país, pero en el marco de un mundo definitivamente globalizado e interrelacionado. Incluso sería indispensable someter a escrutinio las formas de Estado, gobierno y gobernanza que predominan en el hemisferio occidental y en buena parte del mundo. Un capítulo especial en este replanteamiento lo debe ocupar el modelo de *democracia* que se practica en los países centrales y que las naciones periféricas han heredado sin cuestionamiento. La covid-19 ha revelado —como si ello fuese necesario— las profundas inequidades que presentan estas democracias en salud y educación, en trabajo y seguridad social, en vivienda y alimentación, y en el disfrute pleno de las conquistas de la humanidad. El filósofo y escritor senegalés Ferwine Sarr, autor de *Afrotopía* y *Meditaciones africanas*, ha dicho que para salir del coronavirus hacia un futuro mejor se requiere «una revolución cultural y de civilización», pero que ello implica la adhesión generosa de «las élites económicas y políticas» del mundo. Posiblemente en tal generosidad esté la gran incógnita y el reto mayor de la pospandemia.

Por ahora, mientras amaina el mal y las propuestas y las acciones adecuadas para tratar de asegurar un mundo mejor adquieren su dinámica, desde este libro se puede, por lo menos, imaginar una ceremonia simbólica que motive e inspire ese cambio necesario de «cultura y civilización». Una ceremonia que presupone volver los ojos del *Espíritu del tiempo* que guía la Historia a la época en que se originó la medicina de tradición occidental (MTO), cuyos médicos y profesionales, en todo el espectro científico-técnico y humano de esa tradición, han probado en el enfrentamiento de la pandemia que hacen parte de «los indispensables». Una época que fue la misma del surgimiento de la llamada civilización occidental, cuando se construyeron las piedras angulares de la filosofía y la ética; de la teoría del Estado, el derecho y la política; de la lógica, la retórica y la poética; de la tragedia, la comedia y la poesía lírica; de la historia y la geografía; de las primeras versiones de ciencias como la física y la cosmología, en fin, de disciplinas de base de la medicina como la



Fotografía: Dan Burton en Unsplash.

biología, la fisiología y la semiología, y de los embriones de buena parte de sus actuales especialidades. Allí también inició su largo y tortuoso camino la democracia de impronta occidental.

Todo este conjunto de realizaciones estuvo animado por dos conceptos ampliamente comprensivos y fundamentales que merecerían revisitarse en las nuevas condiciones que emergerán de la pandemia. El primero, el de *Physis* (Naturaleza), que contiene el Ser en sus infinitas e inagotables manifestaciones y que abarca lo Uno y lo Múltiple; el segundo, el de *Logos* (Razón), cuya actividad genera pensamiento, ciencia, sabiduría, imaginarios y contradicciones que se resuelven para seguir y seguir produciendo de manera incesante: porque el *Logos*, según lo dijo Heráclito, solo «cambiando descansa». Pero también debería retomarse en serio la *democracia*, para limarla de todas sus limitaciones y para que incluya a todos los ciudadanos de cada país y cubra, finalmente, toda «la redondez del mundo», como lo proclamó Walt Whitman, poeta de la democracia y de la fraternidad humana. Una «redondez» basada en la convivencia de múltiples espiritualidades y materialidades que clausuren la fatal cisura entre Oriente y Occidente, cisura que —incluso— ha ensombrecido la lucha mundial contra el coronavirus.

Cumplidos estos presupuestos tendría lugar en Epidauro, en dos actos, la ceremonia simbólica aquí imaginada. En el primero, se entronizaría en las ruinas del santuario de Asclepios el *Corpus hippocraticum*, un verdadero monumento escrito que todavía encierra muchas enseñanzas éticas y de sabiduría médica. En el segundo, en las ruinas del Teatro de esa misma *Polis*, se recitaría solemnemente, a la manera de plegaria laica y universal que abra las puertas de la nueva civilización, un coro de la *Antígona* de Sófocles en el que se celebra la grandeza humana y se recuerda, como acto de humildad, nuestra frágil condición de mortales:



Muchas cosas asombrosas existen y, con todo, nada más asombroso que el hombre. Él se dirige al otro lado del blanco mar con la ayuda del tempestuoso viento Sur, bajo las rugientes olas avanzando, y a la más poderosa de las diosas, a la imperecedera e infatigable Tierra, trabaja sin descanso, haciendo girar los arados año tras año, al ararla con mulos. El hombre, que es hábil, da caza, envolviéndolos con los lazos de sus redes, a la especie de los aturdidos pájaros, y a los rebaños de agrestes fieras, y a la familia de los seres marinos. Por sus mañas se apodera del animal del campo que va a través de los montes, y unce el yugo que rodea la cerviz al caballo de espesas crines, así como al incansable toro montaraz.

Se enseñó a sí mismo el lenguaje y el alado pensamiento, así como las civilizadas maneras de comportarse, y también, fecundo en recursos, aprendió a esquivar bajo el cielo los dardos de los desapacibles hielos y los de las lluvias inclementes. Nada de lo por venir le encuentra falto de recursos. Solo del Hades no escapará. De enfermedades que no tenían remedio ya ha discurrido posibles evasiones.



En medio de este canto al ingenio de ese ser «asombroso» que es el hombre, se le advierte que *solo del Hades no escapará*. Quizás porque este olvido es la base del pecado de *Hybris* (desmesura y arrogancia) que para los griegos era el pecado supremo; y el actuar en contra de la *Physis*, que es divina, eterna y creadora, constituía la forma superior de desmesura y arrogancia. Alude también Sófocles al imperativo de la ética que debe observar el ser humano como ciudadano o como responsable de un cargo en la *Polis*:

Poseyendo [*el ser humano*] una habilidad superior a lo que se puede uno imaginar, la destreza para ingeniar recursos la encamina unas veces al mal, otras veces al bien. Será un alto cargo en la ciudad, respetando las leyes de la tierra y la justicia de los dioses que obliga por juramento. Desterrado sea aquél que, debido a su osadía, se da a lo que no está bien. ¡Qué no llegue a sentarse junto a mi hogar ni participe de mis pensamientos el que haga esto!

Arriba: fotografía de Gerson Cifuentes en Unsplash.

Abajo: fotografía de Jonathan Borba en Unsplash.

La Grecia clásica se disolvió a raíz de las luchas intestinas entre los mismos griegos en la guerra del Peloponeso. A esta disolución contribuyó una epidemia, la llamada «peste de Atenas», que asoló a sus territorios llevándose entre los muertos a Pericles, en cuya boca puso el historiador Tucídides, en su *Historia de la guerra del Peloponeso*, el más encendido discurso sobre la democracia. Allí también dejó para el futuro la crónica de la peste de Atenas. Al final de esta crónica alude a la hambruna que acompañó a los griegos antes, durante y después de la epidemia, tan estrechamente, que en los sobrevivientes surgió la duda sobre si el trágico episodio que habían vivido debería llamarse más bien «hambre», en lugar de epidemia:

Por cierto que surgió una discusión entre la gente respecto a que la palabra usada por los antiguos en el verso no era «peste» sino «hambre», pero en aquellas circunstancias ven-
ció, naturalmente, la opinión de que se había dicho «peste»; la gente, en efecto, acomodaba su memoria al azote que padecía. Y sospecho que si después de esta un día estalla otra guerra doria y sobreviene el hambre, recitarán el verso con toda probabilidad en este sentido.

Viene bien esta reflexión del historiador griego, pues se prevé que dentro de las consecuencias de la covid-19 habrá una hambruna universal. Según el Programa Mundial de Alimentos de la ONU (PMA) en el año 2020 se duplicará la población en riesgo de morir de hambre y los fallecidos por esta causa alcanzarán la cifra de 265 millones, el doble de los muertos que originó el hambre en 2019. Razón tienen los médicos, los epidemiólogos y los sociólogos que han afirmado que la pobreza es la mayor de todas las enfermedades. ¿Estará decidida la sociedad



de la pospandemia de la covid-19 a avanzar en temas como este? ¿Seguirá la violación de la Naturaleza? ¿Se pondrá coto a los graves problemas ambientales y al «acorralamiento», en todos los sentidos, de las especies animales y vegetales? ¿Continuará la distribución de la tierra y sus recursos, así como la distribución de la riqueza, en las mismas proporciones desiguales que existían antes de la pandemia?

La situación es grave, pero puede haber una oportunidad para la humanidad. Para ello sería conveniente, con seguridad, fortalecer la democracia. Bruno Latour, uno de los más importantes sociólogos de la ciencia y la tecnología del siglo xx, ha señalado que esta pandemia del coronavirus es apenas «un ensayo general de las convulsiones climáticas que nos esperan»; pero que aún «es tiempo de actuar territorializando nuestros cuestionamientos políticos», es decir, poniendo a funcionar la democracia en los entornos inmediatos de las poblaciones para



pasar a niveles cada vez más amplios e incluyentes, como los países y el planeta mismo. Ojalá que la ceremonia imaginada en Epidauro, aquí descrita, contribuya a que se torne en realidad ese mundo distinto del actual, más igualitario y democrático. Ojalá que ella conmueva a los dioses de todas la religiones, sean ellas sagradas o profanas, para que se abran las compuertas de una nueva civilización universal y diversa, sin hambre, sin guerras y con respeto a la Naturaleza.

Fotografía: Photo Boards por Lauris Rozentals
& GLK Creative Studio en Unsplash.

Por ahora, mientras amaina el mal y las propuestas y las acciones adecuadas para tratar de asegurar un mundo mejor adquieren su dinámica, desde este libro se puede, por lo menos, imaginar una ceremonia simbólica que motive e inspire ese cambio necesario de «cultura y civilización».

BIBLIOGRAFÍA

FUENTES GENERALES

- «20 becas para los médicos nacionales en Estados Unidos». 1945. *El Tiempo*, 8 de marzo, 10.
- Abel, Christopher. 2008. «Filantropía externa y cambio interno en la atención de la salud en Colombia: El papel de la Fundación Rockefeller de 1920 a 1950». *Boletín Cultural y Bibliográfico* 45, n.º 78: 63-96.
- Ackerknecht, Erwin H. 1986. *La médecine hospitalière a Paris (1794-1848)*. París: Payot.
- «Acta de la sesión del 22 de octubre de 1940». 1940. *Revista de la Facultad de Medicina* IX, n.º 5: 334-335.
- «Ambiente de malestar general hay en todas las facultades y escuelas». 1945. *El Tiempo*, 7 de marzo, 5.
- «Anuncio». 1990. *El Tiempo*, 8 de mayo, 6A.
- «Anuncio». 1992. *El Tiempo*, 2 de diciembre, 7A.
- Arango Sanín, Agustín. 1939. «Simple cuestión de rótulos [Editorial]». *Colombia Médica* 1, n.º 4: 111-115.
- «Asalto en el Instituto de Cancerología». 1990. *El Tiempo*, 11 de diciembre, 14B.
- «Auxilio». 1992. *El Tiempo*, 4 de octubre, 7.
- Bachelard, Gaston. 2010. *La formación del espíritu científico*. México, D. F.: Siglo xx.
- Barbosa, Germán. 2006. «Encondroma o condrosarcoma: una historia clínica en la que persisten los interrogantes». *Revista Colombiana de Cancerología* 10, n.º 2: 142-145.
- Barbosa, Germán, Carolina Wiesner y Gloria Garavito. 2004. «Un caso de acromegalia en el Instituto Nacional de Radium (Bogotá: 1935)». *Revista Colombiana de Cancerología* 8, n.º 2: 52-56.
- Barbosa, Germán y Marion Piñeros. 2004. «Casos de rinoscleroma y sífilis nasal tratados con radioterapia (Bogotá: 1935)». *Revista Colombiana de Cancerología* 8, n.º 1: 29-35.
- Barrera Saba, Julio. 1944. «Contribución al estudio y tratamiento de los epitelomas cutáneos por medio de las irradiaciones: Trabajo verificado sobre 873 casos tratados entre 1935 y 1943». Tesis de grado de la Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia.
- Bejarano, Jorge. 1944. «Influencia de la escuela francesa en la medicina colombiana: Conferencia dictada por el profesor Jorge Bejarano en la Alianza Colombo-Francesa». *Revista de la Facultad de Medicina* 12, n.º 7, 325-334.
- Bejarano, Jorge. 1946. «El problema del cáncer en Colombia y la organización de una campaña contra él». En *Temas de cancerología y radioterapia*, editado por C. A. Pantoja, A. Esguerra Gómez y L. M. Borrero, 47-55. Bogotá: Minerva.

- Bernard, Claude. 1966 [1865]. *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*. París: Garnier-Flammarion.
- Blanc, Karin. 2018. «Le couple Curie et les prix Nobel». <http://journals.openedition.org/bibnum/1172>
- Books Review. 1948. *Radiology: A Monthly Journal Devoted to Clinical Radiology and Allied Sciences* 50, n.º 2: 249.
- Braun, Herbert. 2008 [1987]. *Mataron a Gaitán*. Bogotá: Ediciones Universidad Nacional de Colombia.
- Brigard, Daniel. 1941. «Comentarios sobre el cáncer del cuello uterino». En *Archivos del Instituto Nacional de Radium*, vol. I, fascículo 1, 158-180. Bogotá: Minerva.
- Bynum, W. F. y H. Bynum. 2007. *Dictionary of Medical Biography*. Westport: Greenwood Press.
- Cáceres, Humberto. 1998. *Instituto Nacional de Cancerología, Empresa Social del Estado, 1928-1998: Investigación histórica*. Bogotá: Instituto Nacional de Cancerología.
- Cáceres, Humberto y Zoilo Cuéllar-Montoya. 1998. *Academia Nacional de Medicina: Sus miembros, 1873-1997*. Bogotá: Academia Nacional de Medicina.
- Camacho, Guillermo. 1927. «Diagnóstico histopatológico de los tumores del estómago». Tesis de grado de la Facultad de Medicina y Ciencias Naturales, Universidad Nacional de Colombia.
- Canguilhem, Georges. 1975. «La constitution de la physiologie comme science». *Études d'histoire et de philosophie des sciences*. París: Librairie Philosophique J. Vrin.
- Cantor, David. 2004. «Cancer». En *Dictionnaire d'histoire et philosophie des sciences*, editado por Dominique Lecourt, 195-201. París: Quadrige/puf.
- Cañas, Carlos, César Jiménez, José Félix Restrepo, Federico Rondón, Mario Peña y Antonio Iglesias. 1997. «Sales de oro en artritis reumatoide». *Revista Perú Reumatología* 3, n.º 1: 19-33. http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/reuma/v03_n1/temas_revision.htm
- Cardona, Andrés, Ludovic Reveiz y Pedro Ramos. 2005. «Taricheutes, artritis reumatoide y el Instituto Nacional de Radium». *Revista Colombiana de Cancerología* 9, n.º 1: 45-48.
- «Carolina Wiesner: “Lo público es de todos y por eso es más valioso”». 2018. *Semana*, 10 de marzo. <https://www.semana.com/vida-moderna/articulo/entrevista-a-carolina-wiesner-directora-del-instituto-nacional-de-cancerologia/585571>
- «Carta al editor». 2012. *El Tiempo*, 20 de agosto, 2.
- «Carta enviada por el doctor Carlos Márquez Villegas». 1945. *El Tiempo*, 6 de marzo, 3.
- Castro, Elvira y Germán Barbosa. 2002. «Autopsia y cáncer: Pasado, presente y futuro. Historia en el Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá: Colombia». *Revista Colombiana de Cancerología* 7, n.º 1: 56-64.

- Cavelier, Jorge. 1949. *Informe del ministro de Higiene*. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia.
- «Choco-cigarrillos: Bocanadas de vicio». 1990. *El Tiempo*, 14 de mayo, 1B.
- Collins, Randall. 2005 [1998]. *Sociología de la filosofía: Una teoría global del cambio intelectual*. Barcelona: Hacer S. L.
- «Cómo se evapora un Instituto: por Max Olaya Herrera». 1953. *Diario de Colombia*, 8 de marzo, 4.
- Colombia, Congreso de la República. 1945. «Ley 81 de 1945: por la cual se dota y perfecciona el Instituto Nacional de Radium y se crea la Asociación Colombiana de la Lucha contra el Cáncer». *Diario Oficial* 26019 del 27 de diciembre de 1945.
- Colombia, Ministerio de la Protección Social, INC. 2006. «Modelo para el Control del Cáncer en Colombia». Bogotá.
- Colombia, Ministerio de Salud. 1971. *Informe de actividades al honorable Congreso de la República*. Bogotá: Imprenta Nacional.
- Colombia, Ministerio de Salud. 1972. *Informe de actividades al honorable Congreso de la República*. Bogotá: Imprenta Nacional.
- Colombia, Ministerio de Salud. 1978. «Resolución número 5897 (27 de junio de 1978): por la cual se dictan normas sobre el Programa Nacional de Control de Cáncer».
- Colombia, Ministerio de Salud. 1991. *Colombia sana: Informe al presidente de la República, 1990-1991*. Bogotá.
- Colombia, Ministerio de Salud. 1992. *Informe al presidente de la República 1992*. Bogotá.
- Colombia, Ministerio de Salud Pública. 1958. *Memoria del ministro de Salud, Juan Pablo Llinás al Congreso Nacional*. Bogotá: Imprenta Nacional.
- Colombia, Ministerio de Salud Pública. 1959. *Memoria del ministro de Salud, José A. Jácome Valderrama al Congreso Nacional*. Bogotá: Imprenta Nacional.
- Colombia, Ministerio de Salud Pública. 1960a. *Informe del año de 1960: Instituto Nacional de Cancerología*. Mecanografiado.
- Colombia, Ministerio de Salud Pública. 1960b. *Memoria del ministro de Salud Pública, Alfonso Ocampo Londoño, al Congreso Nacional*. Bogotá: Imprenta Nacional.
- Colombia, Ministerio de Salud Pública. 1972. *Historia del proyecto número 85 de 1972. José María Salazar Buchelli*. Bogotá: Imprenta Nacional.
- Colombia, Ministerio de Salud y Protección social. 2016. *La tutela en salud: Informe de cumplimiento, orden 30 de la Sentencia T-760 de 2008*.

- Colombia, Presidencia de la República. 1960. «Decreto 1598 (6 de julio): por el cual se organiza la lucha contra el cáncer en el territorio nacional y se reorganiza el Instituto Nacional de Cancerología». Mecanografiado. Artículo 8.
- Colombia, Presidencia de la República. Decreto 1177 de 1999 (29 de junio), por el cual se reestructura el Instituto Nacional de Cancerología-Empresa Social del Estado.
- Colombia, Procuraduría General de la Nación. 2011. *Evaluación y perspectivas de la política pública sobre el cáncer en Colombia*. Bogotá.
- Cortés, Claudia. 2007. «Programas para el control del cáncer de cuello uterino: Análisis sociopolítico 1975-1995». Trabajo de maestría, Universidad Nacional de Colombia.
- Correa, Pablo. 2009. «La última joya de la guerra contra el Perú». *El Espectador*, 29 de julio. <https://www.elespectador.com/noticias/actualidad/la-ultima-joya-de-la-guerra-contra-el-peru/>
- Cueto, Marcos, ed. 1996. *Salud, cultura y sociedad en América Latina: Nuevas perspectivas*. Lima: Instituto de Estudios Peruanos.
- Cueto, Marcos. 1997. *El regreso de las epidemias: Salud y enfermedad en el Perú del siglo XX*. Lima: Instituto de Estudios Peruanos.
- De Graciansky, Pierre y Henri Pèquignot. 1980. «Médecine 1». En vol. 45 de la *Encyclopédie de la Pléiade*. París: Éditions Gallimard.
- Delgado Paredes, José M. 1947. «Cáncer de lengua: Estudio estadístico». Tesis realizada en el Instituto Nacional de Radium, Universidad Nacional de Colombia.
- Donna, Jacques. 1904. *Le Radium, sa préparation et ses propriétés*. París: Librairie Polytechnique Ch. Béranger.
- Dr. Braine. 1938. «La cirugía en París: Carta de un cirujano al doctor Jorge Calvo Escobar [Nota editorial]». *Revista de la Facultad de Medicina* VII, n.º 1: 15-26.
- Dulieu, Louis. 1976. «Aperçu sur les relations entre l'Amérique et l'École de Médecine de Montpellier». *Revue d'histoire des Sciences*, tome XXIX, vol. 3, juillet: 223 y ss. París: PUF.
- «Editorial: Pedro Eliseo Cruz». 1972. *Revista de la Facultad de Medicina* XXXVIII, n.º 1.
- «El conflicto en el Instituto Nacional de Radium se agrava». 1945. *El Tiempo*, 28 de febrero, 7.
- «El cuerpo médico pide un estudio acerca del Instituto de Radium». 1945. *El Tiempo*, 17 de marzo, 6.
- «El Instituto de Radium». 1937. *El Tiempo*, 24 de agosto, 11.
- «El Instituto de Radium fue inaugurado por el presidente». 1934. *El Tiempo*, 5 de agosto, 5.
- «El Instituto de Radium y su función social». 1935. *El Tiempo*, 8 de noviembre, 3.

- «El Instituto Nacional de Radium». 1934a. *El Tiempo*, 19 de marzo, 5.
- «El Instituto Nacional de Radium». 1934c. *El Tiempo*, 5 de agosto, 4.
- «El Instituto Nacional de Radium, la importancia que tiene la creación de él para el país». 1934. *El Tiempo*, 20 de noviembre, 13.
- «El profesor Esguerra será asesor en el Instituto de Radium». 1945. *El Tiempo*, 15 de marzo, 3.
- Esguerra, Alfonso. 1933. «Radiumterapia en Bogotá». *Revista de la Facultad de Medicina* I, n.º 12: 936-956.
- Eslava, Juan Carlos. 1996. «El influjo norteamericano en nuestra educación médica a mediados de siglo». *Revista de la Facultad de Medicina* 44, n.º 2: 110-113.
- «Esperanza para los enfermos de cáncer». 1992. *El Tiempo*, 7 de diciembre, 7C.
- «Estricto plan de ajuste financiero para 1991». 1990. *El Tiempo*, 20 de diciembre, 8A.
- Fals, Orlando, Miguel Guzmán y Eduardo Umaña. 2016. *La Violencia en Colombia*. Bogotá: Taurus.
- Fernández, Carlos Francisco. 2019. «Nueva red para combatir el cáncer en Latinoamérica». *El Tiempo*, 15 de junio. <https://www.eltiempo.com/salud/nueva-red-para-combatir-el-cancer-en-latinoamerica-375966>
- Ferro, Marc. 2014. *La Gran Guerra 1914-1918*. Madrid: Alianza.
- Flexner, Abraham. 1910. *Medical Education in the United States and Canada: A report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*. Nueva York: The Carnegie Foundation. <http://archive.carnegiefoundation.org/publications/medical-education-united-states-and-canada-bulletin-number-four-flexner-report.html>
- Foucault, Michel. 1980. *El nacimiento de la clínica*. México, D.F.: Siglo XXI.
- «Fuertes censuras se hicieron ayer al Instituto de Radium». 1934. *El Tiempo*, 15 de noviembre, 9.
- Garrido Alejandro. 2004. «La atención de pacientes con cáncer en el Instituto Nacional de Cancerología ESE». *Revista Colombiana de Cancerología* 8, n.º 4: 5-20.
- «Glifosato». 1992. *El Tiempo*, 3 de febrero, 2C.
- Gómez, Eugenio. 2006. «La gran pausa de Eduardo Santos». *Revista Credencial Historia* n.º 194: 1.
- Guzmán, María del Pilar y Emilio Quevedo. 1999. «La cooperación técnica norteamericana en salud pública en Colombia durante la Segunda Guerra Mundial». *Biomédica* 19, n.º 1: 5-17.
- «Hablan 2 de los miembros de la junta organizadora de él». 1934. *El Tiempo*, 18 de marzo, 3.

- Hartlyn, Jonathan. 1993. *La política del régimen de coalición, la experiencia del Frente Nacional en Colombia*. Bogotá: Tercer Mundo-CEI.
- Hernández, Mario, Diana Obregón, Néstor Miranda, Mónica García, Juan Carlos Eslava y Román Vega. 2002. *La Organización Panamericana de la Salud y el Estado colombiano: Cien años de historia, 1902-2002*. Bogotá: OPS/OMS.
- Hernández, Mario. 2002. *La salud fragmentada en Colombia. 1910-1946*. Bogotá: Instituto de Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia.
- Hobsbawm, Eric. 1995. *Historia del siglo XX: 1914-1991*. Barcelona: Grijalbo-Crítica.
- Huard, Pierre y Marie-José Huard-Imbault. 1974. «L'enseignement libre de la médecine à Paris au xixe siècle». En *Revue d'histoire des sciences*, vol. XXVII, n.º 1: 49. París: Presses Universitaires de France XXVI.
- Huertas, José. 1939. «Instituto Nacional de Radium: Reseña histórica». *Anuario de la Universidad Nacional de Colombia*, 303-314. Bogotá: Santa Fé.
- «Instituto Nacional de Cancerología de Colombia se actualiza tecnológicamente [Editorial]». 2008. *El Hospital*.
- «Instituto Nacional de Radium». 1934b. *El Tiempo*, 23 de marzo, 5.
- «Instituto Nacional de Radium [Editorial]». 1948. *Boletín del Instituto Nacional de Radium* 1, n.º 1.
- Jácome, José. 1953. «Pasado y presente del Instituto Nacional de Cancerología». *Revista de la Facultad de Medicina* XXII, n.º 3 y 4: 93-101.
- Jaramillo, Pedro. 1923. «Cáncer de seno». Tesis de la Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia.
- Kalmanovitz, Salomón, ed. 2019. *Nueva historia económica de Colombia*. Bogotá: Taurus.
- Laín Entralgo, Pedro. 1982. *El diagnóstico médico: Historia y teoría*. Barcelona: Salvat.
- Lambrichs, Louise L. 1993. *La vérité médicale: Claude Bernard, Louis Pasteur, Sigmund Freud: légendes et réalités de notre médecine*. París: Robert Laffont.
- Lapham, Maxwell E., Charles M. Gross y Robert C. Berson. 1954. «Un estudio de la educación médica en Colombia-1953». *Antioquia Médica* 4, n.º 7-8.
- Latarjet, André, Louis Tavernier y Paul Durand. 1931. *Informe que la Misión Francesa contratada por el Gobierno Nacional rinde sobre la organización de la Facultad de Medicina de Bogotá*. Bogotá: Imprenta Nacional.

- Latorre, Hernando. 1945. [Carta de renuncia enviada al Rector de la Universidad Nacional]. «Nuevas renunciaciones presentadas por médicos del Instituto de Radium. Los médicos doctores Hernando Latorre y los jefes de varios servicios del Instituto en desacuerdo con los procedimientos de la Universidad». 1945. *El Tiempo*, 6 de marzo, 3.
- Latour, Bruno. 1992. *Ciencia en acción: Cómo seguir a los científicos e ingenieros a través de la sociedad*. Barcelona: Labor.
- Lichtenthaler, Charles. 1978. *Histoire de la médecine*. París: Fayard.
- Llamas, Augusto y Enrique Cadena. 2004. «Evolución de la docencia en el Instituto Nacional de Cancerología-E.S.E.» *Revista Colombiana de Cancerología* 8, n.º 4: 21-27.
- Lombana, José María. 1920. «Histofisiología patológica e importancia del diagnóstico de las gastropatías de origen ulceroso». *Revista Médica de Bogotá* 38, n.ºs 450-455: 69-93.
- «Los profesores del Instituto de Radium rectifican algunos conceptos del Dr. Pedro E. Cruz». 1945. *El Tiempo*, 4 de marzo, 11.
- Lozano Pilar. 1986. «El Instituto Nacional de Cancerología: Un instituto que sí funciona». *Revista Dineros* (Bogotá) 22, n.º 193: 88-93.
- Magnusson, William Lee. 2006. *La reforma Patiño: Una experiencia de construcción institucional*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Márquez, Carlos. 1954. «Facultad de Medicina». *Anuario de la Universidad Nacional de Colombia*, 33-60. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/anuarioun/article/view/12649>
- Milliez, Paul y Alexandre Minkowski. 1981. *Une certaine idée de la Médecine*. París: Ramsay.
- Miranda, Néstor. 1984. «Apuntes para la historia de la medicina en Colombia». *Ciencia, Tecnología y Desarrollo* 8, n.ºs 1-4: 121-209.
- Miranda, Néstor. 1993. «La medicina colombiana de 1867 a 1946». En *Historia social de la ciencia en Colombia*, tomo VIII, 13-160. Bogotá: Colciencias.
- Miranda, Néstor. 2003. «La historia de la medicina en la formación del profesional en medicina: Tres casos destacados». *Revista Colombiana de Filosofía de la Ciencia* 4, n.ºs 8 y 9: 175-202.
- Miranda, Néstor. 2013. «Las anatomías en los primeros cuarenta años de la Escuela de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia, 1868-1908». En *Anatomía y arte: A propósito del atlas anatómico de Francesco Antomarchi*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Miranda, Néstor. 2017. «Afrancesados vs. norteamericanizados por un cambio de paradigma en medicina (1930-1961)». En *Colección del Sesquicentenario de la Universidad Nacional de Colombia*, tomo 1 del volumen 2 (*Ciencias de la vida*), 142-180. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.

- Molina, Gerardo. 2001 [1945]. «Informe del rector Gerardo Molina a Antonio Rocha, ministro de Educación». *Gerardo Molina y la Universidad Nacional*, 78-83. Bogotá: Unibiblos-Universidad Nacional de Colombia.
- Moll, Aristides. 1938. «La enseñanza médica en los Estados Unidos». *Revista de la Facultad de Medicina* VII, n.º 5: 197.
- Muñoz, Laura Juliana. 2009. «Denuncian IPS “de garaje” para niños enfermos de cáncer». *El Espectador*, 21 de agosto. <https://www.elespectador.com/noticias/salud/articulo157300-denuncian-ips-de-garaje-ninos-enfermos-de-cancer>
- Moreno, Manuel. 1939. «Externado e internado en hospitales de París». *Revista de la Facultad de Medicina* VII, n.º 9: 445-451.
- Mota Salas, Rafael. 1945. «La crisis del Instituto de Radium». *El Tiempo*, 5 de marzo, 4.
- Mukherjee, Siddhartha. 2012. *El emperador de todos los males: Una biografía del cáncer*. México: Santillana.
- Muñoz, Juan Jacobo. 1995. *El primer hospital de América y otros relatos médicos*. Prólogo de Germán Arciniegas. Santafé de Bogotá: Imprenta Patriótica del Instituto Caro y Cuervo-Yerbabuena.
- Murillo, Raúl. 2004. «La investigación en el Instituto Nacional de Cancerología E.S.E., Bogotá (Colombia)». *Revista Colombiana de Cancerología* 8, n.º 4: 28-36.
- «No será cerrado por ningún motivo el Instituto de Radium». 1945. *El Tiempo*, 11 de febrero, 1.
- «Nombrado Director de San José el Dr. Daniel Brigard». 1945. *El Tiempo*, 20 de febrero, 13.
- Nouvel, Pascal. 1999. «Paradigme». En *Dictionnaire d'histoire et philosophie des sciences*, editado por Dominique Lecourt, 717-721. París: Quadrige/PUF.
- «Nuestro sistema hospitalario es deficiente y casi colonial, dice el Dr. Luis E. Benavides». 1945. *El Tiempo*, 18 de enero, 3.
- «Nueva carta del doctor Jaramillo Arango sobre el Instituto de Radium». 1934. *El Tiempo*, 20 de marzo, 3.
- «Nuevo modelo de prestación de servicios para pacientes con cáncer». 2015. *El Tiempo*, 4 de febrero. <https://www.elespectador.com/noticias/salud/nuevo-modelo-de-prestacion-de-servicios-para-pacientes-con-cancer/>
- Obregón, Diana. 2017. «El laboratorio y la revolución bacteriológica en la universidad: Médicos y veterinarios (1868-1939)». En *Colección del Sesquicentenario de la Universidad Nacional de Colombia*, tomo 1 del volumen 2 (*Ciencias de la vida*), 18-54. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Olaya, Max. 1959. «Médecine colombienne et médecine de France». En *Médecine de France*. 102: 12-17.

- Olaya, Juanita. 2013. «La medicina norteamericana en Colombia 1945-1960: Discursos y prácticas en salud pública. La Facultad de Medicina de la Universidad Nacional y el Hospital San Juan de Dios». Tesis, Pontificia Universidad Javeriana, Colombia.
- Organización Panamericana de la Salud ops. 2002. *La OPS y el Estado colombiano: 100 años de historia. 1902-2002*. Bogotá: Carrera 7.^a Limitada.
- Ortiz, Natasha, Myriam Rodríguez, Enrique Ardila, Ricardo Sánchez, Alexis Maza, Jaime Triana y Lina Abenoza. 2005. «Análisis de la Revista Colombiana de Cancerología». *Revista Colombiana de Cancerología* 9, n.º 2: 5-12.
- Osorio, Mónica. 2004. «Retos históricos de la administración en el Instituto Nacional de Cancerología E.S.E.». *Revista Colombiana de Cancerología* 8, n.º 4: 37-41.
- Otero, Efraim. 1999. *Setenta años del cáncer en Colombia: Historia del Instituto Nacional de Cancerología, 1934-1999*. Bogotá: I/M Editores.
- Otero, Efraim. 2010. «José Antonio Jácome Valderrama (1915-1966): Luminaria de Santander y de Colombia». *Medicina (Bogotá)* 32, n.º 88: 82-89.
- Otero, Efraim. 2015. «Max Olaya Restrepo: Médico-historiador olvidado». *Boletín de Historia y Antigüedades* CII, n.º 860: 12-25.
- Palacios, Marco y Frank Safford. 2002. *Colombia país fragmentado, sociedad dividida: Su historia*. Bogotá: Norma.
- Pantoja, César Augusto. 1944. «El Instituto Nacional de Radium». *Revista de la Universidad Nacional* (1944-1992), n.º 1: 434-436.
- Pantoja, César Augusto, A. Esguerra Gómez y L. M. Borrero, eds. 1946. *Temas de cancerología y radioterapia*. Bogotá: Minerva.
- Pardo, Constanza y Héctor Posso. 2003. «Registro institucional de cáncer del Instituto Nacional de Cancerología». *Revista Colombiana de Cancerología* 7, n.º 3: 44-46.
- Pardo, Constanza y Ricardo Cendales. 2015. *Incidencia, mortalidad y prevalencia de cáncer en Colombia, 2007-2011*. Bogotá: Instituto Nacional de Cancerología.
- Patiño, José Félix. 2014 [1998]. «Abraham Flexner y el flexnerismo: Fundamento imperecedero de la educación médica moderna». En *Pensar la medicina*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Patiño, José Félix. 2014 [1999]. «Infomedicina: El nuevo paradigma. Paradigmas y dilemas de la nueva medicina». En *Pensar la medicina*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Piketty, Thomas. 2019. *Capital e ideología*. Bogotá: Ariel.
- Pineda Cañar, Carlos Andrés. 2014. «Formación y medicina: La transición del modelo anatómico-clínico francés al modelo biomédico norteamericano en Colombia». *Iatreia* 27, n.º 3, 255-266.
- Pinell, Patrice. 2004. «Lutte contre le Cancer». En *Dictionnaire d'histoire et philosophie des sciences*, editado por Dominique Lecourt, 201-206. París: Quadrige/PUF.

- Plummer, Martyn, Catherine de Martel, Jerome Vignat, Jacques Ferlay, Freddie Bray y Silvia Franceschi. 2016. «Global Burden of Cancers Attributable to Infections in 2012: A Synthetic Analysis». *Lancet Global Health* 4, n.º 9: e609-16. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2214109X16301437>
- «Por el Instituto Nacional de Radium». 1945. *El Tiempo*, 3 de marzo, Página 3.
- «Presentó renuncia ayer el Director del Instituto de Radium». 1945. *El Tiempo*, 14 de marzo, primera página.
- «¿Qué pasa en la Universidad? Ambiente de malestar general hay en todas las facultades y escuelas». 1945. *El Tiempo*, 7 de marzo, 17.
- Quevedo, Emilio, Germán Pérez, Néstor Miranda, Juan Carlos Eslava y Mario Hernández. 2013a. «Hacia la definitiva norteamericanización de la educación médica». En *De la práctica liberal a la socialización limitada (1918-1975)*, tomo IV de *Historia de la medicina en Colombia*, 163-177. Bogotá: Tecnoquímicas.
- Quevedo, Emilio, Germán Pérez, Néstor Miranda, Juan Carlos Eslava y Mario Hernández. 2013b. «La medicina y la salud en el surgimiento de la República liberal» y «La Revolución en Marcha en la medicina y en la salud». En *La medicina en la República Liberal (1930-1946)*, tomo IV de *Historia de la medicina en Colombia*, 76-115. Bogotá: Tecnoquímicas.
- Quevedo, Emilio, Germán Pérez, Néstor Miranda, Juan Carlos Eslava y Mario Hernández. 2013c. «La medicina y el seguro social», «Hacia la definitiva norteamericanización de la educación médica» y «La medicina en la época de la Violencia». En *La socialización de una medicina que se transforma (1946-1962)*, tomo IV de *Historia de la medicina en Colombia*, 153-226. Bogotá: Tecnoquímicas.
- Quevedo, Emilio, Germán Pérez, Néstor Miranda, Juan Carlos Eslava y Mario Hernández. 2013d. «La medicina en la época de La Violencia». En *La socialización de una medicina que se transforma (1946-1962)*, tomo IV de *Historia de la medicina en Colombia*, 177-190. Bogotá: Tecnoquímicas.
- Quevedo, Emilio, Mónica García, Joanna Bedoya, Lisa Bustos, Alain Camacho, Carolina Manosalva, Giovanna Matiz, Elquin Morales, Juliana Pérez y Mónica Tafur. 2018. *De los litorales a las selvas: La construcción social del concepto de fiebre amarilla selvática, 1918-1938*. Bogotá: Editorial Universidad del Rosario.
- Quevedo, Emilio, María del Pilar Guzmán, Carlos Noguera, Paola Mejía y Mónica García. 2004. *Café y gusanos, mosquitos y petróleo: El tránsito de la higiene hacia la salud pública en Colombia, 1873-1953*. Bogotá: Instituto de Salud Pública y Centro de Historia de la Medicina de la Universidad Nacional de Colombia.
- Rada, Carlos. 2004. «Editorial». *Revista Colombiana de Cancerología* 8, n.º 4: 3-4.
- Ramírez Hoyos, Darío. 1947. «Estudios estadísticos de los tumores de la parótida en el Instituto de Radium». Tesis, Universidad Nacional de Colombia.

- «Recuperan más de \$18 000 millones de cartera del Instituto de Cancerología». 2019. *Colprensa*, 7 de enero.
- Regaud, Claude. 1946 [1929]. «Informe sobre el proyecto de creación de un Instituto de Radium en Colombia». En *Temas de cancerología y radioterapia*, editado por C. A. Pantoja, A. Esguerra Gómez y L. M. Borrero, 17-46. Bogotá: Minerva.
- «Reglamentada la explotación de los yacimientos radiactivos». 1953. *Diario de Colombia*, 20 de febrero, 5.
- Renán, Luis. 1950. «Filosofía médica». *Anales de la Academia de Medicina de Medellín* XV, febrero de 1910: 50 y ss.
- «Renunció su cátedra universitaria el Dr. Hernando Anzola C.». 1945. *El Tiempo*, 3 de marzo, 1.
- «Resolución 88 de 1935: por la cual se hacen unos nombramientos en el Instituto Nacional de Radium». 1935. *Revista de la Facultad de Medicina* IV, n.º 1: 44-45.
- «Resolución Número 125 de 1935: por la cual se hacen unos nombramientos en el Instituto Nacional de Radium». 1935. *Revista de la Facultad de Medicina* IV, n.º 6: 366-367.
- «Resolución Número 147 de 1935: por la cual se hacen unos nombramientos en el Instituto Nacional de Radium». 1936. *Revista de la Facultad de Medicina* IV, n.º 8: 487-488.
- Restrepo, Guillermo y Agustín Villa. 1980. *Desarrollo de la salud pública en Colombia*. Medellín: Universidad de Antioquia.
- Rivera, Diana. 2006. «La Alemania nazi (1933-1945) y el control del cáncer». *Revista Colombiana de Cancerología* 10, n.º 1: 71-74.
- Rivera Rodríguez, Diana Esperanza y Andrea Cristancho. 2004. «Cuerpo de voluntarias del Instituto Nacional de Cancerología: 42 años al servicio de los pacientes con cáncer». *Revista Colombiana de Cancerología* 8, n.º 4: 83-84.
- Rodríguez, Gustavo. 1989. «Segunda administración de López Pumarejo, primer Gobierno de Lleras Camargo». En *Nueva historia de Colombia*, tomo II. Bogotá: Planeta.
- Rodríguez Jorge, Diana Rodríguez y Juan Corrales. 2013. «Barreras de acceso administrativo a los servicios de salud en población colombiana, 2013». *Ciencia & Saude Coletiva* 20, n.º 6: 1947-1958.
- Rodríguez, Juan. 2012. *Algunas causas de la crisis financiera en el sector salud*. Bogotá: Centro de Investigaciones para el Desarrollo, Facultad de Ciencias Económicas, colección Econografos, Universidad Nacional de Colombia.
- Ruess, Susane. 2009. *Stuttgarter jüdische Ärzte während des Nationalsozialismus*. Würzburg: Königshausen & Neumann.
- Sánchez, Manuel. 1929. «La reacción de Abderhalden en el diagnóstico del cáncer». Tesis, Universidad Nacional de Colombia.
- Sánchez, Manuel. 1934. «Una necesidad inaplazable». *Revista de la Facultad de Medicina* 2, n.º 12: 761-771.

- Santos Ospina, Andrés, Mario García Molina y Liliana Chicaíza Becerra. 2016. «¿Crisis financiera o de gestión?: Evolución del sector salud desde la perspectiva de los entes territoriales». *Apuntes del Cenes* 35, n.º 61: 177-206.
- Sierra, Rita, Martha Tuñón, Estela Simancas y María Durán. 2013. «La medicina del cáncer en Colombia: Procesos de institucionalización de un centro en relaciones periféricas». En *Ensamblando Estados*, tomo 1, 165-181. Bogotá: CES.
- Sigerist, Henry. 2007. «Educación universitaria». En *Historia y sociología de la medicina (selecciones)*, 235-244. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Soto, Diego. 2003. «El ayer y el presente del Departamento de Ortopedia Oncológica del Instituto Nacional de Cancerología E.S.E.». *Revista Colombiana de Cancerología* 7, n.º 1.
- Sotomayor, Hugo. 1997. *Guerras, enfermedades y médicos en Colombia*. Bogotá: Orion.
- Stevenson, David. 2014. 1914-1918: *The History of the First World War*. Londres: Penguin UK.
- Stewart, B. W. y C. P. Wild, eds. 2014. *World cancer report 2014*. Lyon: International Agency for Research on Cancer.
- Storia. 1978. *Enciclopedia Feltrinelli-Fischer*, 2.ª ed., 29. Milano: Feltrinelli.
- Téllez, Marlín. 2011. «Reconstrucción histórica del proceso de creación del Ministerio de Salud Pública en Colombia». Tesis, Universidad Nacional de Colombia.
- Tello, César. 1933. «Diagnóstico anatomoclínico de algunas neoformaciones gástricas». Tesis, Universidad Nacional de Colombia.
- «Terapia contra cáncer linfático». 1992. *El Tiempo*, 9 de febrero, 6A.
- Tirado, Álvaro. 1989. «López Pumarejo: La Revolución en Marcha». En *Nueva historia de Colombia*, tomo I. Bogotá: Planeta.
- «Traerán hospitales antiatómicos». 1990. *El Tiempo*, 14 de diciembre, 6A.
- Tubiana, Maurice. 1995. *Histoire de la pensée médicale: Les chemins d'Esculape*. París: Champs-Flammarion.
- Ulloa, Luis. 2009. *La enseñanza de la radiología en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia 1915-1962*. Bogotá: Universidad Pedagógica Nacional.
- Ulloa, Luis, Manuel Antonio Toscano Deossa, Johan Alberto Durán Guerrero. 2016. «La primera radiografía tomada en Colombia». *Revista Colombiana de Radiología* 27, n.º4, 4582-4584.
- «Un memorial sobre el Instituto Nacional de Radium fue contestado ayer». 1934. *El Tiempo*, 22 de marzo, 3.
- «Un país sin hospitales». 1955. *El Tiempo*, 14 de julio, 15.

- «Una aclaración del señor rector de la Universidad Nal.». 1945. *El Tiempo*, 15 de marzo, 3.
- «Una grave crisis se presenta en el Instituto de Radio». 1945. *El Tiempo*, 7 de febrero, 1.
- «Únicamente 700 gramos de radium hay en todo el mundo». 1934. *El Tiempo*, 17 de marzo, 2.
- Universidad Nacional de Colombia. «Acuerdo N.º 136 del Consejo Directivo del 5 de diciembre de 1944, acta número 68: por el cual se reglamenta la marcha del Instituto de Radium de la Universidad».
- Ureta, José, Marcela Arango, Sylvia Ohlgisser y Germán Barbosa. 2005. «Retinoblastoma». *Revista Colombiana de Cancerología* 9, n.º 2: 60-61.
- Uribe Ángel, Manuel. 1936 [ca. 1881]. *La medicina en Antioquia*. Bogotá: Minerva.
- Uribe Calderón, Jorge. 1946. «Estudios estadísticos del cáncer del seno en el Instituto Nacional de Radium». Tesis, Universidad Nacional de Colombia.
- Uribe Celis, Carlos. 1984. *Los años veinte en Colombia: Ideología y cultura*. Bogotá: Aurora.
- Vega, Manuel. 2010. «Transformaciones en la protección social en Colombia. 1946-1993». Tesis, Universidad Nacional de Colombia. http://www.bdigital.unal.edu.co/4507/1/04468337_Parte1.pdf
- Vega, Manuel. 2015. «Salvando vidas en el campo de Batalla: La salud y la medicina durante la Primera Guerra Mundial». *Revista Credencial Historia*, n.º 303.
- Vega, Manuel y Billy Ávila. 2018. «La corrupción en el sector salud en Colombia: Un asunto de fondo». En *Corrupción en Colombia*. Tomo 2: *Enfoques sectoriales sobre corrupción*, 187-257. Bogotá: Universidad Externado de Colombia.
- Vega, Manuel e Ivonne Caro. 2006. «Y la crisis se volvió persistencia: Aportes para un balance de la crisis hospitalaria tras doce años de la aplicación de la Ley 100 de 1993». En *Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social, Corporación Social para la Salud Popular Guillermo Fergusson*. Bogotá: Servioffset.
- Vega, Manuel, Juan Eslava, Deysi Arrubla y Mario Hernández. 2012. «La reforma sanitaria en la Colombia de finales del siglo xx: Aproximación histórica desde el análisis sociopolítico». *Revista Gerencia y Política en Salud* 11, n.º 23: 58-84.
- vv. AA. 2012. *Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia 2012-2021*. Bogotá: Ministerio de la Protección Social-Instituto Nacional de Cancerología.
- Watson, Peter. 2007. *Historia intelectual del siglo XX*, 2.ª ed. Barcelona: Crítica.
- Weber, Max. 2014 [1905]. *La ética protestante y el espíritu del capitalismo*. México: Fontamara.

- World Health Organization (WHO). 2018. «Cáncer». <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
- World Health Organization (WHO). 2020. «Cancer country Profile 2020. Colombia». https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=4-cancer-country-profiles-2020&alias=51551-colombia-country-profile-2020&Itemid=270&lang=es
- Wiesner, Carolina, Elvira Castro, Claudia Ramírez y Germán Barbosa. 2003. «Historia clínica n.º 5 del Instituto Nacional de Radium. Bogotá: 12 de enero de 1935». *Revista Colombiana de Cancerología* 7, n.º 2: 67-73.
- Zerda, Liborio. 1905. «El radium y sus propiedades maravillosas». *Revista del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario* (Bogotá) 1, n.º 5: 283-297.

FUENTES DE ARCHIVOS

ARCHIVO CENTRAL HISTÓRICO DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL-SEDE BOGOTÁ (ACH-UNAL-SB)

- ACH-UNAL-SB. 1936a. «Carta dirigida al señor Dr. Eduardo Santos por Manuel Antonio Arboleda, secretario general de la Universidad Nacional de Colombia». Bogotá, julio 29. Folio 42.
- ACH-UNAL-SB. 1936b. «Resolución n.º 7 de 1936 (noviembre 5): por la cual se hacen unos cambios del personal de servicio del Instituto Nacional de Radium». Folio 70.
- ACH-UNAL-SB. 1936c. «Carta dirigida al señor síndico de la Universidad Nacional por la Hermana María Guillermina». Bogotá, julio 16. Folio 163.
- ACH-UNAL-SB. 1936d. «Carta dirigida al señor rector de la Universidad Nacional por el director José Vicente Huertas». Bogotá, agosto 3. Folio 118.
- ACH-UNAL-SB. 1936e. «Carta dirigida a Jorge Ortiz, Síndico de la Universidad por José Vicente Huertas». Bogotá, julio 27. Folio 165.
- ACH-UNAL-SB. 1936f. «Carta dirigida al señor rector de la Universidad, don Gabriel Durana Camacho por el doctor José Vicente Huertas». Bogotá, diciembre 2. Sin folio.
- ACH-UNAL-SB. 1937a. «Carta dirigida al rector Roberto Franco por varias enfermeras externas del INR». Bogotá, agosto 3. Folio 30.
- ACH-UNAL-SB. 1937b. «Carta dirigida al ministro de Educación por Carlos Márquez». París, 10 de abril. Folio 6.
- ACH-UNAL-SB. 1937c. «Carta dirigida al rector de la Universidad Nacional, Gabriel Durana, por José Vicente Huertas». Bogotá, junio 3. Folio 12.
- ACH-UNAL-SB. 1937d. «Carta dirigida al ministro de Relaciones Exteriores por Enrique Caballero Escovar». París, abril 24. Folio 15.

- ACH-UNAL-SB. 1937e. «Carta dirigida al rector de la Universidad Nacional de Bogotá por Antonio J. Castillo». Caracas, diciembre 11. Folio 108.
- ACH-UNAL-SB. 1938. «Cable telegráfico dirigido a Germán Arciniegas por el director del Hospital Eugenio Espejo de Quito». Bogotá, enero 12. Folio 105.
- ACH-UNAL-SB. 1938a. «Carta dirigida a O. Kemmler, cónsul de Alemania en Colombia por Roberto Franco, rector de la Universidad Nacional». Bogotá, enero 13. Folio 127.
- ACH-UNAL-SB. 1944. «Carta dirigida al señor rector de la Universidad Nacional por el doctor Juan Pablo Llinás». Bogotá, abril 19. Folio 67.
- ACH-UNAL-SB. 1944a. «Carta enviada por Vicente Huertas al rector Doctor Julio Carrizosa Valenzuela». Bogotá, febrero 29. Folio 64.
- ACH-UNAL-SB. 1944b. «Contrato entre la Beneficencia y la Universidad Nacional de Colombia». Bogotá, marzo 1.º. Folio 254.
- ACH-UNAL-SB. 1944c. «Carta dirigida al señor doctor Julio Carrizosa Valenzuela, rector de la Universidad Nacional por José Vicente Huertas». Bogotá, marzo 1.º.
- ACH-UNAL-SB. 1944d. «Carta enviada al doctor César Augusto Pantoja por el secretario general, Otto de Greiff». Bogotá, mayo 9. Sin folio.
- ACH-UNAL-SB. 1944e. «Carta del director César Augusto Pantoja al jefe del Servicio Médico del Ministerio de Higiene, Trabajo y Previsión Social». Bogotá, marzo. Sin folio.
- ACH-UNAL-SB. 1944f. «Carta del 30 de agosto de 1944». Folio 24.
- ACH-UNAL-SB. 1944g. «Carta del secretario general Otto de Greiff al doctor Darío Cadena». Bogotá, septiembre 25. Folio 10.
- ACH-UNAL-SB. 1944h. «Proyecto de reorganización del Instituto Nacional de Radium».
- ACH-UNAL-SB. 1944i. «Carta del Secretario General Otto de Greiff al director del INR». Bogotá, marzo 28. Sin folio.
- ACH-UNAL-SB. 1944j. «Carta al director del INR, César A. Pantoja, enviada por Julio Barrera Saba». Agosto 5. Folio 18.
- ACH-UNAL-SB. 1944k. «Carta dirigida por José Vicente Huertas al rector Julio Carrizosa Valenzuela». Bogotá, febrero 3. Folio 60.
- ACH-UNAL-SB. 1944l. «Carta dirigida al señor rector de la Universidad Nacional por César Pantoja». Bogotá, octubre 28. Folio 554.
- ACH-UNAL-SB. 1945. «Carta dirigida al señor rector de la Universidad Nacional firmada por el doctor César Pantoja, director». Bogotá, abril 9. Folio 260.

- ACH-UNAL-SB. 1945a. «Carta dirigida al rector de la Universidad Nacional por Edelmira G. de Rincón». Bogotá, febrero 7. Folios 321-322.
- ACH-UNAL-SB. 1945b. «Carta dirigida al señor rector de la Universidad Nacional por Rosa M. de [ilegible]». Bogotá, marzo 3. Folio 327.
- ACH-UNAL-SB. 1945c. «Marconigrama de la Empresa Nacional de Radiocomunicaciones enviado a Otto de Greiff por Roberto Restrepo». Bogotá, marzo. Folio 584.
- ACH-UNAL-SB. 1945d. «Carta dirigida al rector de la Universidad, Gerardo Molina, por el doctor Roberto Restrepo». Bogotá, mayo 2. Folio 316.
- ACH-UNAL-SB. 1945e. «Carta enviada al síndico de la Universidad Nacional por Isabel Borda, Secretaria». Bogotá, junio 26. Folio 363.
- ACH-UNAL-SB. 1945f. «Carta dirigida al señor rector de la Universidad Nacional por el dr. César A. Pantoja, director». Bogotá, junio 14. Folio 254.
- ACH-UNAL-SB. 1945g. «Contrato entre la Universidad Nacional de Colombia y las Hermanas de la Presentación de Tours». Bogotá, agosto 28. Folios 393-394.
- ACH-UNAL-SB. 1945h. «Acta». Bogotá, marzo 6. Folio 346.
- ACH-UNAL-SB. 1945i. «Certificado del interno Santiago Londoño, firmado por Roberto Restrepo». Bogotá, octubre 1.º. Folio 345.
- ACH-UNAL-SB. 1945j. «Carta dirigida a la Compañía Colombiana de Seguros firmada por el síndico Guillermo González Botero». Bogotá, diciembre 11. Folio 350.
- ACH-UNAL-SB. 1945k. «Carta dirigida a la secretaria del Instituto Nacional de Radium por Guillermo González Botero, síndico de la Universidad Nacional de Colombia». Bogotá, abril 19. Folio 489.
- ACH-UNAL-SB. 1945l. «Carta enviada al síndico de la Universidad Nacional por Isabel Borda, secretaria». Bogotá, septiembre 4. Folio 500.
- ACH-UNAL-SB. 1945m. «Carta enviada al síndico de la Universidad Nacional por parte del doctor César Pantoja, director, sobre separata». Bogotá, septiembre 14. Folio 377.
- ACH-UNAL-SB. 1945n. «Carta enviada al síndico de la Universidad Nacional por parte del doctor César Pantoja, director, sobre folleto». Bogotá, diciembre 2, folio 374.
- ACH-UNAL-SB. 1945ñ. «Carta dirigida al señor rector de la Universidad Nacional, Gerardo Molina, por el dr. César Descalzi». Quito, mayo 23. Folio 584.
- ACH-UNAL-SB. 1945o. «Informe dirigido al señor rector de la Universidad Nacional por el dr. Alfonso Frangella». Bogotá, octubre 16. Folios 593-604.
- ACH-UNAL-SB. 1949. «Memorándum para el señor rector de la Universidad Nacional por Leopoldo Lascarro». Bogotá, septiembre 17. Folios 1-9.

- ACH-UNAL-SB. 1958. «Informes de las misiones extranjeras sobre visitas a la Facultad de Medicina. 1948-1958». Registro 511, caja 1, carpeta 2.
- ACH-UNAL-SB. S. f. «Contrato entre Jorge Ortiz Restrepo, ecónomo de la Universidad y la reverenda madre Margarita». Folio 13.
- ACH-UNAL-SB. S. f.a. «Concepto dirigido a los miembros del Consejo Directivo por parte del Magistrado de la Corte Suprema de Justicia, Juan Francisco Mujica». Sin folio.
- ACH-UNAL-SB. S. f.b. «Exposición de motivos por Jorge Bejarano». Folio 95.
- ACH-UNAL-SB. S. f.c. «Cable dirigido al rector de la Universidad Nacional Bogotá, por el rector de la Universidad de San Marcos de Lima». *All America Cables*. Folio 110.

ARCHIVO DEL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA (AINC)

- AINC. 1957. «Informe anual de labores. Oficina dirección general». Carpeta 3. Folio 1.
- AINC. 1964. «Francia y la lucha contra el cáncer». Embajada de Francia. Mecanografiado. Julio. Folio 83.
- AINC. 1964a. «Carta enviada por el embajador de Colombia en La Haya al ministro de Relaciones Exteriores en Bogotá». La Haya, enero 13.
- AINC. 1964b. «Informe general correspondiente al mes de abril de 1964 Of. n.º 137/40, Información especial. Enviado por Mariano Ospina, cónsul general en San Francisco, Estados Unidos». Sin folio.
- AINC. 1964c. «Oficio Número 043/11 del 28 de enero de 1964, originario del Consulado en Filadelfia». Folio 13.
- AINC. 1964d. «Informe anual de labores, año 1964». Dirección General. Folios 1-45.
- AINC. 1964e. «Carta del Secretario de Fomento del Departamento de Cundinamarca, José Hugo Enciso Amortegui, al director del Instituto de Cancerología». Bogotá, mayo 29.
- AINC. 1964f. «Carta del Director Nacional de Presupuesto, Eduardo Wiesner Durán, al director del Instituto Nacional de Cancerología, doctor Mario Gaitán Yanguas». Bogotá, octubre 19. Oficio 0332.
- AINC. 1964g. «Carta del director del Instituto Nacional de Cancerología, doctor Mario Gaitán Yanguas al Director Nacional de Presupuesto Eduardo Diezmez (sic) Durán». Bogotá, octubre 19. Oficio 444.
- AINC. 1964h. «Carta del director del Instituto Nacional de Cancerología, doctor Mario Gaitán Yanguas al ministro de Trabajo». Bogotá, noviembre 5. Oficio 448.
- AINC. 1964i. «Carta del director del Instituto Nacional de Cancerología, doctor Mario Gaitán Yanguas al doctor José E. Carvajal Barrera». Bogotá, diciembre 21. Oficio 494.

- AINC. 1964j. «Carta dirigida por el dr. Mario Gaitán Yanguas al sr. tte. coronel Eduardo Castro Acevedo, jefe de Sanidad del Ejército». Marzo 31.
- AINC. 1964k. «Informe de la Junta Directiva del Cuerpo de Voluntarias del INC al director. Mayo 31 de 1963 a mayo 31 de 1964».
- AINC. 1967. «Carta de sor María Margarita del Sagrado Corazón al doctor Mario Gaitán Yanguas, director». Bogotá, noviembre 20.
- AINC. 1968. «Análisis de saldo de cuentas por cobrar al 31 de mayo de 1968».
- AINC. 1968a. «Boletín informativo n.º 0005 de mayo de 1968 de la Liga Colombiana de Lucha contra el Cáncer».
- AINC. 1968b. «Oficio n.º 135 de Dirección». Bogotá febrero 23.
- AINC. 1968c. «Oficio 220/646 de Dirección». Bogotá, abril 8.
- AINC. 1968d. «Oficio del doctor Humberto Forero Laverde, jefe de Docencia al director Mario Gaitán Yanguas». Bogotá, agosto 27.
- AINC. 1968e. «Oficio del doctor Humberto Forero Laverde al director Mario Gaitán Yanguas». Bogotá, diciembre 12.
- AINC. 1968f. «Oficio del director, Mario Gaitán Yanguas dirigido a sor María Margarita del Sagrado Corazón, Hermanita de la Asunción». Bogotá, febrero 7. Oficio 077/5.
- AINC. 1968g. «Oficio de Elvia C. de Garzón, decana encargada de la Facultad de Enfermería al director del Instituto Nacional de Cancerología, Mario Gaitán Yanguas». Bogotá, junio 11. Oficio 161.
- AINC. 1968h. «Acuerdo de la Junta Directiva», según acta 02 del 13 de febrero.
- AINC. 1968i. «Oficio enviado por el director, Mario Gaitán Yanguas, al coronel administrador, Luis E Varela». Bogotá, junio 11.
- AINC. 1968j. «Oficio enviado por la jefe de enfermeras al coronel retirado y administrador, Luis E. Varela». Bogotá, junio 3. Oficio 83.
- AINC. 1968k. «Oficio enviado por el director, Mario Gaitán Yanguas, al coronel retirado y administrador, Luis E. Varela». Bogotá, noviembre 26. Oficio 739/44.
- AINC. 1968l. «Oficio enviado por el director, Mario Gaitán Yanguas, al coronel retirado y administrador, Luis E. Varela». Bogotá, abril 5. Oficio 218/44.
- AINC. 1968m. «Oficio enviado por el coronel retirado y administrador, Luis E. Varela, al doctor Rafael Carrizosa Argáez, director encargado del INC». Bogotá, mayo 28. Oficio 514/A-139.
- AINC. 1968n. «Oficio del coronel retirado y administrador, Luis E. Varela, al director, Mario Gaitán Yanguas». Bogotá, abril 22. Oficio 389/A-142.

- AINC. 1968ñ. «Oficio del director, Mario Gaitán Yanguas, dirigido al doctor Francisco Espinel S., coordinador de la Liga Santandereana de Lucha Contra el Cáncer». Bogotá, febrero 5. Oficio 074/52.
- AINC. 1968o. «Informe de actividades de la Liga Vallecaucana de Lucha contra el Cáncer».
- AINC. 1968p. «Boletín informativo n.º 0004 de febrero de 1968 de la Liga Colombiana de Lucha contra el Cáncer».
- AINC. 1968q. «Carta del Auditor General Eduardo Sarmiento Gómez al director Mario Gaitán Yanguas, presidente del Comité Nacional de la Lucha contra el Cáncer». Bogotá, mayo 28.
- AINC. 1968r. «Carta del director Mario Gaitán Yanguas al doctor Alfonso Roza R. Vicepresidente de la Liga Colombiana contra el cáncer». Agosto 5. Oficio 440/52.
- AINC. 1968s. «Programa de la Conferencia Internacional de Lucha contra el Cáncer». Folios 1-2.
- AINC. 1970. «Escuela de Citología. Cursos». Julio 12. Folios 1-2.
- AINC. 1971. «Informe anual de labores 1970». Bogotá, enero 14. Folios 1-120.
- AINC. 1972. «Historia clínica n.º 128.267».
- AINC. 1974. «Colombia, Ministerio de Salud. Instituto Nacional de Cancerología. Acuerdo 14 del 20 de febrero de 1974, por el cual se ordenan unos gastos». Folios 1-2.
- AINC. 1978. «Sección de docencia. Educación médica. Programas de Especialización en Oncología. Documento elaborado por Juan Manuel Zea». Diciembre. Mecnografiado. Folio 33.
- AINC. 1980. «Colombia, Ministerio de Salud. Instituto Nacional de Cancerología. Informe de Labores de 1979». Bogotá, septiembre 22. Folios 1-32.
- AINC. 1982. «Colombia, Ministerio de Salud Pública. Instituto Nacional de Cancerología. División de Epidemiología y Prevención. Comentarios al Informe de Actividades del año 1982». Folios 1-73.
- AINC. 1986. «Comentarios al movimiento hospitalario durante el año de 1986». Folios 1-6.
- AINC. 1989. «Colombia, Ministerio de Salud Pública. Instituto Nacional de Cancerología. División de Epidemiología y Prevención. Comentarios al Informe de Actividades del año 1988». Folios 12-32.
- AINC. 1990. «Informe financiero». Impreso. Folios 1-18.
- AINC. 1990a. «Informe al Centro Nacional Hospitalario del INC». Folios 1-34.
- AINC. 1994. «Acta 04 de la Junta Directiva». Mayo 24. Folio 2.
- AINC. 1994a. «Informe financiero». Impreso. Folios 1-21.
- AINC. 1994b. «Informe de análisis financiero de 1994». Impreso. Folios 1-36.

- AINC. 1994c. «Acta n.º 006 de la sesión ordinaria del día 15 de julio de 1994 de la Junta Directiva». Folios 14-17.

- AINC. 1994d. «Acta n.º 008. Sesión Ordinaria del día 21 de diciembre de 1994». Folios 22-24 .

- AINC. 1995. «Informe sobre trasplante de médula ósea». Folios 124-125.

- AINC. 1995a. «Carta dirigida a Clara Inés Vega, asesora de la Dirección del INC por María Betsabé Hernández, profesional especializado-personal». Diciembre 14. Folio 5.

ENTREVISTAS

- Entrevista a María Teresa Villamizar, ex presidenta del Cuerpo de Voluntarias del INC. Bogotá, mayo 16 de 2014. Transcripción.

- Entrevista al doctor Carlos Castro, ex director INC. Bogotá, marzo 6 de 2019. Transcripción.

- Entrevista al doctor Carlos Rodríguez, Cuidados Paliativos INC. Bogotá, septiembre 3 de 2019. Transcripción.

- Entrevista al doctor Carlos Vicente Rada, ex director INC. Bogotá, marzo 12 de 2019. Transcripción.

- Entrevista al doctor Juan José Pérez, subdirector administrativo y financiero INC. Bogotá, marzo 7 de 2019. Transcripción.

- Entrevista al doctor Julio Enrique Ospina, ex director INC. Bogotá, abril 22 de 2019. Transcripción. P. 2.

- Entrevista al doctor Raúl Murillo, ex director INC. Bogotá, marzo 8 de 2019. Transcripción.

- Entrevista a la doctora Carolina Wiesner, directora INC. Bogotá, febrero 22 de 2019. Transcripción.

- Entrevista a la doctora Magda Lorena Jiménez y a la bacterióloga Lida Salazar, INC. Bogotá, mayo 31 de 2019. Transcripción.

- Entrevista a la doctora María Amelia de los Reyes, Medicina Nuclear, INC. Bogotá, abril 29 de 2019. Transcripción.

- Entrevista a la doctora María Mercedes Bravo. Grupo de Investigación en Biología del Cáncer, INC. Bogotá, septiembre 3 de 2019. Transcripción.

- Entrevista a las enfermeras Cielo Almenares y Mónica Márquez, INC. Bogotá, septiembre 30 de 2019. Transcripción.

DIRECTORES INC

José Vicente Huertas (1934-1944)

Nació en Bogotá en enero de 1888, se graduó como médico y cirujano, y viajó en 1914 a Inglaterra donde se especializó en Ginecología. Fue docente en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional y ejerció como miembro del Consejo Directivo de la misma, del Centro de Estudios de la Universidad Nacional y del Consejo Académico de este centro educativo. Participó en la fundación del Instituto Pedagógico Nacional y de su Consejo Directivo, fue miembro y presidente del Consejo Superior del Gimnasio Moderno, participó activamente en la Academia Nacional de Medicina, de la cual fue presidente.

Con su espíritu de vanguardia fundó el Instituto Nacional de Radium (hoy INC), fue jefe de su servicio quirúrgico y director y miembro de su Junta Directiva; participó en la Fundación de la Clínica Palermo, la que dirigió por muchos años, y del Hospital Infantil Lorencita Villegas de Santos; trabajó en la Liga Panamericana contra el Cáncer, de la cual fue vicepresidente; ejerció cargos públicos y diplomáticos; fue director general de Sanidad del Ejército, ministro de Educación Nacional y cónsul de Colombia en Liverpool.

Cesar Augusto Pantoja Maldonado (1944-1951)

Nació el 18 de diciembre de 1904 en Baranoa (Atlántico). Hijo de Federico Pantoja e Isabel Maldonado, sobrino de Antonio Pantoja, cirujano eminente del siglo pasado, primer médico elegido en Colombia como miembro de la Academia Nacional de Medicina de Bogotá, en 1891.

Estudió primaria en Baranoa y después en Barranquilla. Luego viajó a Bogotá a estudiar Medicina en la Universidad Nacional. Ocupó el primer puesto como interno en los años 1933 y 1934, en Clínica Médica y Clínica Quirúrgica. Su tesis, titulada «Los desequilibrios neurovege-

tativos y los cuadros médicos del aparato digestivo», mereció el reconocimiento *Cum Laude*.

Trabajó con el médico Juan N. Corpas en su consulta privada. En 1944 fue nombrado por el presidente Alfonso López Pumarejo como director del Instituto de Radium. Profesor de la Universidad Nacional, desarrolló técnicas para la cirugía radical contra el cáncer.

En 1940 ingresó a la Academia Nacional de Medicina como miembro correspondiente y en 1949 como miembro de número. Luego fue su presidente, de 1977 a 1980, y, posteriormente, fue nombrado secretario perpetuo.

José Antonio Jácome Valderrama (1951-1955)

Nació en Bucaramanga, el 16 de febrero de 1915. Ingresó a la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional y cursó estudios desde 1933 hasta 1939. Fue interno en los hospitales de San José y de La Misericordia.

Fue miembro fundador de la Federación Médica Colombiana. Ingresó como interno del Hospital San Juan de Dios entre 1939 y 1940. A fines de 1940 viajó a Puerto Rico a seguir un curso sobre administración hospitalaria, y fue nombrado como miembro del Inter-American Institute of Hospital Administrators. A su regreso se desempeñó como director del Hospital San Juan de Dios, hasta 1943.

A comienzos de 1951, el entonces presidente, Laureano Gómez, lo designó como director del Instituto Nacional de Radium. Allí logró que este fuera adscrito al Ministerio de Salud y la institución pasó a llamarse Instituto Nacional de Cancerología.

En 1957 fue Secretario de Salud de Bogotá y en 1958 fue nombrado decano académico de la Facultad de Medicina de la Universidad Javeriana. En 1959 fue designado por el presidente Alberto Lleras como ministro de Salud. Allí creó el Comité Nacional de Lucha contra el Cáncer y logró la descentralización o autonomía del Instituto frente al mismo Ministerio.

Jaime Cortázar García (1955-1957)

Médico cirujano de la Universidad Nacional de Colombia, graduado en 1948. Realizó una especialización en Boston (Harvard) en el campo de la endocrinología, y se interesó en los estudios diagnósticos y terapéuticos con yodo radioactivo. Trabajó durante dos años al lado de Stanbury, sucesor de J. H. Means en el Mass General. Se vinculó al Instituto Nacional de Cancerología, donde fundó, en 1951, la sección de isótopos radiactivos y endocrinología.

Fue fundador de la Sociedad Colombiana de Endocrinología. En 1955 fue nombrado director del INC y trabajó de la mano con el doctor Efraim Otero Ruiz. Organizó el Comité de Lucha contra el Cáncer.

Aunque su fuerte fue el tema de la tiroides, Cortázar mantuvo durante años relación también con la Asociación Colombiana de Diabéticos, de la que fue historiador durante sus primeros años. Muchos de sus trabajos para la Asociación fueron publicados en compañía del doctor Mario Sánchez Medina.

Mario Gaitán Yanguas (1957-1974)

Médico cirujano. Cuando fue nombrado como director del INC, ya llevaba casi diez años trabajando allí al frente del Servicio de Radioterapia. Simultáneamente, fue formando una apreciable cantidad de pacientes a quienes atendía como particulares en una unidad de diagnóstico que fundó junto con varios colegas. Hasta bien entrados los años sesenta, puede decirse que el doctor Gaitán dominó el panorama de la consulta oncológica en la capital.

Asistió a numerosos congresos y reuniones internacionales de radiología, radioterapia y de cáncer, sin descuidar sus labores en el INC, en el que trabajó la mayor parte de su vida. Durante la administración de Alberto Lleras Camargo propendió porque el INC fuese una institución descentralizada, lo que le permitió mayor autonomía administrativa, con un presupuesto independiente.

Obtuvo para el INC el primer microscopio electrónico y bajo su tutela se hicieron en el instituto enormes avances en el campo de los isótopos radioactivos y la radiofísica. En su dirección crecieron también las subespecialidades quirúrgicas, con predominio de la cirugía radical. También con su guía se iniciaron los estudios y las aplicaciones de agentes quimioterapéuticos y se creó un Departamento o Sección de Quimioterapia que involucró a eminentes especialistas.

Julio Ospina Lugo (1974-1986)

Médico de la Universidad del Brasil. Fue residente de Patología en el Hospital San Juan de Dios, y, posteriormente, de Patología Oncológica en el Instituto Nacional de Cancerología. Realizó una residencia en Patología Oncológica en el Roswell Park Memorial Institute, en el que trabajó con William Munyon en el programa de investigación molecular del cáncer y microscopía electrónica. Este trabajo lo llevó a descubrir un procedimiento de purificación y aislamiento de un virus —la mononucleosis infecciosa y el herpes, que en la época se pensaba que producían cáncer— que sirvió de base para comprobar que el cáncer no era una enfermedad viral. Sin embargo, la Guerra de Vietnam lo separó de esta investigación. Regresó a Colombia a trabajar con el Dr. Mario Gaitán en la creación, en 1970, de un laboratorio de biología experimental y microscopía electrónica con énfasis en virus y ultraestructura celular de los tumores. Este laboratorio del INC fue el primero en su tipo en Colombia.

Durante de su dirección, el instituto se convirtió en miembro de la Unión Internacional contra el Cáncer y orientó la sección de Programas Internacionales en Cáncer. Posteriormente, fue nombrado asesor consejero en Patología Oncológica para la Organización Mundial de la Salud.

Juan Manuel Zea Gutiérrez (1986-1998)

Médico de la Universidad Javeriana de Bogotá. Hizo su entrenamiento en cáncer en los Estados Unidos, en la Universidad de Colum-

bia. Realizó una residencia en cirugía pediátrica en el Hospital de Niños de la Universidad de Pittsburg y fue *fellow* de cirugía pediátrica oncológica en el Instituto de Cáncer Sloan-Kettering, de la Universidad de Cornell. A su regreso al país ocupó el cargo de cirujano pediatra en todas las subespecialidades. Por su labor quirúrgica, la Universidad Javeriana lo nombró profesor titular de Cirugía.

Como director del INC aumentó los vínculos con entidades internacionales mediante programas de intercambio; obtuvo múltiples becas con entes gubernamentales y no gubernamentales de Europa, Francia, Japón y España; logró junto con su grupo asesor el reconocimiento académico del programa de Oncología Clínica por las Facultades de Medicina de las Universidades El Bosque y Javeriana. Así mismo, durante su administración se construyó la sede de la biblioteca del INC, el auditorio Mario Gaitán Yanguas y el edificio Rafael Carrizosa Argáez, destinado a consulta externa de subespecialidades.

Carlos Castro Espinosa (1998-2002)

Egresado del programa de Medicina de la Universidad del Rosario, realizó estudios en Medicina Interna en el Hospital Militar Central y una subespecialización en Oncología Clínica y Hematología en la Universidad de la Columbia Británica (Vancouver, Canadá). Regresó a Colombia en 1984 y se vinculó a la recién inaugurada Fundación Santafé de Bogotá, en la que trabajó hasta 1993. Llegó al Instituto Nacional de Cancerología por invitación del entonces director, Juan Manuel Zea, y se desempeñó como jefe del Departamento de Hematología del Instituto hasta 1998, año en el que fue nombrado Director General del INC, cargo que ejerció hasta 2002, cuando recibió el nombramiento como viceministro de Salud. Posteriormente, dirigió el Centro Javeriano de Oncología, así como el Instituto de Oncología de la Fundación Santafé de Bogotá. Desde 2011 es el director científico de la Liga Colombiana contra el Cáncer, lo que le ha permitido involucrarse con asuntos de salud pública.

Carlos Vicente Rada Escobar (2002-2010)

Nacido en México, vivió su infancia en la ciudad de Bogotá y, posteriormente, cursó sus estudios de Medicina en la Universidad Metropolitana de Barranquilla. Volvió a Bogotá con el fin de realizar su internado rural y trabajó diez años en Cundinamarca, donde cultivó su pasión por el campo administrativo de la Medicina. Fue director de pequeños hospitales en este departamento, secretario de salud de Cundinamarca, consultor del Ministerio de Salud, consultor del Banco Mundial y del Banco Interamericano de Desarrollo. También fue director del Hospital Simón Bolívar y trabajó con el Instituto de Seguros Sociales. Estando allí, se presentó a un concurso en el que fue elegido como director del Instituto Nacional de Cancerología.

Actualmente se dedica a realizar asesorías independientes a la Organización Mundial de la Salud y a otras entidades de cooperación internacional.

Raúl Murillo Moreno (2010-2015)

Médico de la Universidad de Antioquia. Cursó su año rural en el departamento del Tolima donde, movido por la cantidad de pacientes y el agobio que sentía debido a la forma de practicar la medicina, organizó un programa de atención a las comunidades rurales. Realizó una residencia en cirugía, que abandonó para continuar su trabajo en temas de salud pública. Estudió una maestría en este tema en 1999, tras lo cual se trasladó a Cali y formó parte de un grupo de jóvenes investigadores de Colciencias. Se vinculó con el Registro Poblacional de Cáncer de Cali. Posteriormente, llegó al Instituto Nacional de Cancerología, donde fundó el grupo de estudios epidemiológicos. Realizó un *fellowship* sobre salud internacional, con énfasis en control de enfermedades crónicas, en Washington, y regresó al INC en 2004, en el cargo de subdirector en Investigaciones en Salud Pública. Fue nombrado director del INC en 2010 y ocupó ese cargo hasta 2015, cuando inició

su trabajo con la International Agency for Research on Cancer (IAC). Actualmente es director del Centro Javeriano de Oncología y profesor de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Javeriana.

Carolina Wiesner Ceballos (2015-)

Nació en Bogotá, en enero de 1962. Médica cirujana de la Universidad El Bosque. Médica salubrista —como se define—, de la mano de la anatomía, la epidemiología o la química se interesó por el contexto histórico, filosófico y científico de la medicina. Seleccionada como becaria por el gobierno japonés, realizó una maestría en salud pública en la Universidad de Tokio.

Su carrera la ha complementado con estudios en España, Argentina, Colombia y Tailandia. De Japón regresó a Colombia, directamente al INC como coordinadora del grupo de planificación y gestión de programas de prevención. De manera paralela se vinculó a la Facultad de

Ciencias Sociales de la Universidad Externado de Colombia en donde se desempeñó como investigadora y docente e inició su doctorado en Estudios Sociales.

Ha sido merecedora de reconocimientos por parte de la Fundación Toyota, Colciencias, AACR American Association for Cancer Research. Así mismo, ha desarrollado proyectos de investigación con la Agencia Internacional de Investigación en Cáncer y sus investigaciones han sido publicadas en las más importantes revistas científicas del país y del mundo.

Actualmente es editora jefe de la *Revista Colombiana de Cancerología*, miembro de la Asociación Americana para la Investigación del Cáncer, par evaluador de la *Revista Panamericana de Salud Pública*, *Revista Cancer Epidemiology* y directora del Instituto Nacional de Cancerología, lo que la convierte en la primera mujer en ocupar este cargo en propiedad en toda la historia de la institución.

SOBRE LOS AUTORES

Manuel Vega Vargas

Médico cirujano de la Universidad Nacional de Colombia, máster en Historia y candidato a doctor en Historia de la misma universidad. Ha sido coautor de varios libros sobre la historia de la medicina en Colombia, la historia de la salud pública, las realidades alimentarias y nutricionales de los pueblos indígenas en el país y las políticas y servicios en salud en perspectiva comparada. Sus investigaciones también abarcan campos como la historia regional, la corrupción en salud, la historia contemporánea de Colombia y del mundo, el conflicto armado colombiano y la historia de las reformas agrarias.

Ha sido docente ocasional en la Universidad Nacional de Colombia, profesor de las maestrías en Protección Social y Salud Pública en la Universidad Santo Tomás y en la maestría en Salud Pública de la Pontificia Universidad Javeriana de Cali. Actualmente, es profesor titular de la Facultad de Ciencias Sociales y Humanas de la Universidad Externado de Colombia, a la cual se encuentra vinculado desde hace quince años.



Néstor Miranda Canal

Sociólogo de la Universidad Nacional de Colombia. Fue profesor y director del Seminario de Epistemología e Historia de las Ciencias y la Medicina en la Universidad El Bosque (1979-2008); profesor titular de la Facultad de Medicina y docente en la maestría y el doctorado de Bioética y Filosofía de la Ciencia en la misma universidad; profesor titular de la Escuela de Medicina de la Universidad del Rosario (2009-2011); catedrático de Ciencia, Tecnología e Historia en el Departamento de Historia de la Universidad de los Andes; director del Seminario «Ciencia, Tecnología y Medicina en América Latina» en la maestría de Estudios Sociales de la Ciencia en la Universidad Nacional de Colombia.

Ha sido investigador en múltiples espacios entre los que se destaca el Grupo de Historia de la Medicina y de la Salud de la Universidad Nacional de Colombia.

Fue coautor de los proyectos *Historia de la Medicina en Colombia* (4 volúmenes), de Tecnoquímicas/Editorial Norma (2007-2011) e *Historia Social de la Ciencia en Colombia* (10 volúmenes), de Colciencias (1993).



