

Capítulo 1

Colombia en los años sesenta

Yaneth Mercedes Parrado Lozano

En este capítulo se aborda el contexto desde la perspectiva de un nuevo orden social en la región y el país y la influencia del proceso de planificación en el sector salud y en la modernización del Estado, aspecto que tiene injerencia en todos los sectores económicos y sociales, incluido el de la formación del talento humano en enfermería.

La década de los sesenta es el periodo de surgimiento de la Facultad de Enfermería de la UNAL, este espacio se encuentra inmerso en el tiempo de la posguerra, en los años posteriores a la terminación de la Segunda Guerra Mundial, época en la que surge la dinámica de un nuevo orden en las diferentes regiones del mundo; esta tendencia tiene un eje centrado en tensiones y alianzas a partir de la orientación política y los intereses económicos de las grandes potencias. Los acontecimientos económicos y políticos terminan influyendo de forma directa en las políticas públicas de todos los órdenes, pero, tal vez, es posible identificar de forma más cercana esta trama de sucesos en los ámbitos de la educación y la salud.

El objetivo del primer capítulo del libro es evocar los hechos del ámbito nacional e internacional que, de forma directa o indirecta, influyeron en el

proceso de creación de la Facultad y aceleración de la profesionalización de la enfermería y el reconocimiento de su propio cuerpo de conocimiento. Las políticas de salud en América Latina fueron influenciadas directamente por los Estados Unidos para posesionarse en la región y hacer un contrapeso al avance del comunismo que venía desde Cuba. La estrategia de planificación para el desarrollo, el plan Marshall y la implementación de programas de salud de la Alianza para el Progreso facilitaron la proyección de formación de enfermeras, la cualificación de las profesoras de la Facultad y el aumento de iniciativas de programas de salud orientados especialmente a la disminución de la morbilidad y mortalidad de la población materno infantil, la planificación familiar y el control de la desnutrición de toda la población, pero en especial de este grupo.

América Latina tensiones y alianza

Estados Unidos de América y la Unión Soviética en 1945 se aliaron para derrotar el nazismo, sin embargo, una vez terminado el conflicto se inicia una fuerte tensión entre estas dos potencias, que desencadena la Guerra Fría, esta no es más que la pugna entre el capitalismo y el socialismo representados por estas dos potencias.

Guiado por un notorio componente de planificación, Estados Unidos tenía una marcada presencia en Europa y en América Latina, el presidente Truman hizo evidente su política de contención del comunismo, mediante dos planes de desarrollo regional, que en el fondo fueron estrategias de intervención: el plan Marshall y la Alianza para el Progreso. De acuerdo con Carriedo, el Plan Marshall en 1947 era un:

programa de préstamo y auxilio [que] fue diseñado para Europa por la administración de Gobierno de los Estados Unidos, la única potencia capaz de soportar económicamente una reconstrucción material e industrial de semejante envergadura; hay que tener en cuenta que los Estados Unidos poseían el 80% de las reservas de oro del periodo y producía la mitad de la riqueza del planeta, con lo que su moneda, el dólar, se convirtió en el pivote de la economía mundial y la referencia de valor del resto de divisas. (2007, s. p.)

El contexto de América Latina tiene una característica muy particular, la toma violenta del Estado por parte de los militares en cuyo seno descansaba el poder político mismo se convirtió desde la década de los sesenta en una práctica recurrente de las instituciones de defensa nacional, constituyéndose estos no solo en actores fundamentales del proceso de cambio que

sufrió el continente, sino en garantes del curso irreversible que este proceso adoptó en los siguientes años (Victoriano, 2010). De acuerdo con Leal:

A fines de los años sesenta, se redujo la presión de la política norteamericana hacia América Latina. Ello respondió, en buena medida, a la quiebra del sistema militar interamericano que confirmó la exclusividad de las fuerzas armadas en los asuntos internos de los países. Estados Unidos no logró el apoyo necesario a su reiterada propuesta de formación de una fuerza militar para las Américas [...] durante la siguiente década y a raíz de la derrota norteamericana en Vietnam, la concepción del Estado de seguridad nacional y su táctica de «contrainsurgencia» fueron relegados discretamente a segundo plano. (2003, p. 80)

Las dictaduras fueron entonces uno de los escenarios donde los Estados dieron un giro hacia transformaciones con un sello particular para cada país, a pesar de la tendencia regional, sin embargo, la implementación del comunismo en Cuba mostro un polo diferente de la tendencia de intervención de Estados Unidos en el sur del continente americano. Esto es importante, ya que el conocimiento histórico es un aliado para asumir con valentía y voluntad los retos del presente, convertirlos en oportunidades y donar los legados instituidos a las futuras generaciones. Según Almandoz:

La Revolución cubana de 1959, que sacó a Fulgencio Batista del poder e instaló el régimen marxista de Fidel Castro, prefiguró el clima político y económico de América Latina por el resto de la posguerra. Para prevenir otras revoluciones de izquierda y apoyándose en las fases de desarrollo del «manifiesto no comunista» de Rostow, asesor de la administración de John F. Kennedy, esta promovió la así llamada Alianza para el Progreso, programa dirigido a consolidar la sustitución de importaciones, acelerar las reformas agraria e impositiva, así como reducir las desigualdades sociales en las democracias de la región mediante una ayuda que montaría 20 000 millones de dólares a lo largo de una década. (2010)

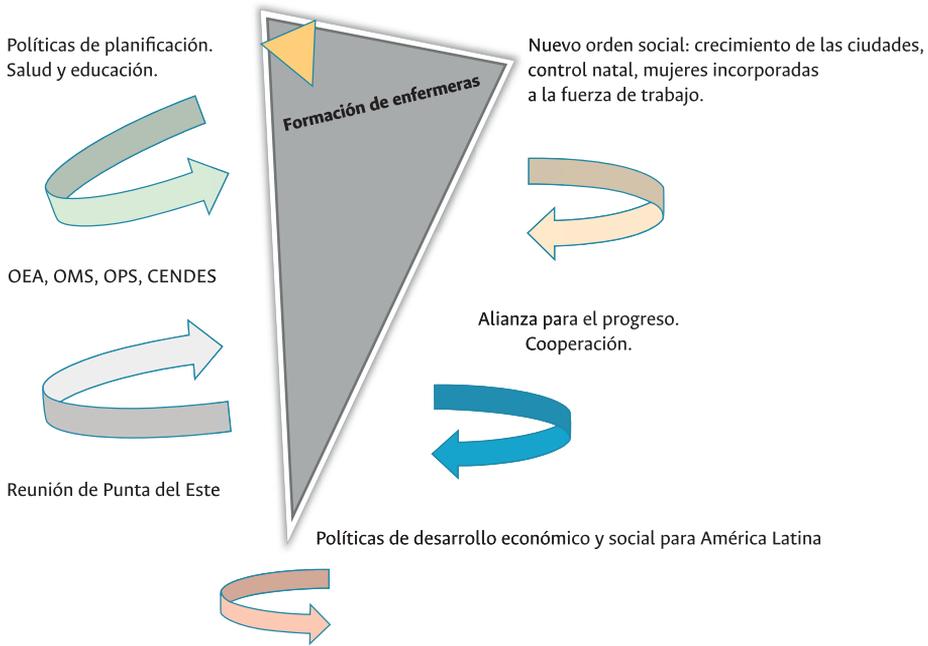


Figura 2. Contexto: tensiones y alianzas.
Fuente: elaboración propia.

Durante el periodo de la posguerra, América Latina fue una región de interés para la implementación de planes que venían direccionado de norte a sur en el continente, la Alianza para el Progreso impulsó la ejecución de políticas en diversos escenarios del contexto de los países de la región, Para Kennedy según Rojas (2010) :

La respuesta debía centrarse en resolver los problemas de descolonización, desarrollo y la dinámica del cambio social global. Se trataba entonces de establecer programas que proporcionaran ayuda exterior, asesoramiento científico, personal capacitado y una combinación de planificación agrícola e industrial, para demostrarles a los “países emergentes” que siguiendo la concepción liberal y capitalista el desarrollo económico podía aliviar la pobreza y mejorar sus niveles de vida de modo más ordenado y pacífico que la alternativa comunista. (2010, s. p.)

La Alianza para el Progreso fue una propuesta para impulsar algunas acciones de desarrollo en la mayor parte de países de la región, sin embargo, las clases dirigentes vieron en ella una amenaza, razón por la cual no se comprometieron como se esperaba.

En la primera mitad de los años cincuenta, la región presentó un proceso de expansión económica especialmente en el terreno agrario, acompañada de la introducción de nuevos modelos económicos, es decir, los sucesos que influyeron en el contexto fueron la transformación del Estado y sus estructuras, la reforma agraria, la industrialización, la internacionalización, las exportaciones y la implementación de estrategias como la planificación y políticas sociales por parte de los organismos de cooperación internacional para afianzar las transformaciones que surgieron en el periodo.

El presidente Lleras Camargo se presentó como un abanderado de la implementación de la planificación y consolidación de la política de la Alianza para el Progreso en Colombia. La Comisión Económica de Naciones Unidas para América Latina (CEPAL) en 1953, la creación del Conpes en 1958 y, posteriormente, la reunión de Punta del Este en 1961 fueron la antesala de la planificación de los años sesenta. De acuerdo con Grosso:

en el año 1961 se elaboró el plan de desarrollo denominado Plan de Desarrollo Económico y Social, el cual al año siguiente adoptó el nombre de Plan Decenal de Desarrollo (1961-1970). El plan acogió en buena medida los contenidos propuestos por la Alianza [...]. La propuesta fue ampliamente generosa en el análisis de la situación del país en términos económicos, sociales y demográficos, y en el estudio de la problemática en materia del desarrollo. (2009, p. 46)

Los conflictos se presentaron en la región de América Latina con diferentes orígenes y caminos, sin embargo, su tendencia parece tener un tronco común, aunque sus desenlaces son muy particulares. Para Martínez:

Los pactos de Punto Fijo y Frente Nacional son soluciones similares a problemas parecidos, pero presentan importantes diferencias entre sí. Punto Fijo en Venezuela consolida en el poder a una coalición populista, que concilia a los representantes de los factores de poder tradicionales con los de los nuevos grupos sociales, correspondientes a sectores de clases media y baja que habían sido movilizados por los nuevos partidos políticos. El Frente Nacional en Colombia es un acuerdo entre los partidos Liberal y Conservador, que pone fin a la violencia interpartidista que se había registrado en todas las capas sociales, y que predetermina rigurosamente las reglas del juego político para los años siguientes; tiene, en definitiva, cierto aire a restauración. (2006, p. 224)

Los aspectos medulares de la planificación se encuentran en los postulados generales del Plan Decenal de Desarrollo Colombia (1960-1970) y en las propuestas específicas de cada gobierno del posterior Frente Nacional. Cada país de la región tomó un camino diferente en su dimensión política, en el caso de Colombia, la clase dirigente hizo un acuerdo para acceder al poder en forma rotada desde 1958 hasta 1972.



Figura 3. Primera decana de la Facultad Inés Durana Samper con Guillermo León Valencia, uno de los presidentes del Frente Nacional.

Fuente: foto donada al grupo Historia de la Enfermería, UNAL.

El 10 de mayo de 1957 en Benidorm (España), Alberto Lleras Camargo, representante del partido Liberal, y Laureano Gómez, del partido Conservador, suscribieron un pacto para volver a la democracia con una figura que se denominó Frente Nacional, a finales de ese año, mediante un plebiscito suscrito entre los líderes de los dos partidos tradicionales, el pueblo apoyó medidas para cancelar la posibilidad de gobiernos militares, se aprobaron los derechos políticos de las mujeres y la distribución paritaria de los puestos de representación política entre liberales y conservadores (Redacción Cultural, 2013).

Colombia ante el nuevo orden social

El surgimiento y la consolidación de diferentes procesos económicos y políticos en el mundo marcaron la pauta de importantes acontecimientos sociales en el periodo comprendido entre 1950-1970 en América Latina y, por ende, en Colombia, donde la sustitución de importaciones, la industrialización, la consolidación de las instituciones del Estado, el acelerado proceso de urbanización, la reforma agraria, el voto de la mujer y el surgimiento del movimiento guerrillero, fueron sucesos que tuvieron gran impacto en el desarrollo de la vida nacional, en especial en la dinámica de sus comunidades

tanto rurales como urbanas. Esto implicó nuevas realidades en procesos básicos como la educación y el acceso a la salud.

Según Sáenz (2002), la economía colombiana de la década de interés transcurrió entre las manifestaciones de la influencia norteamericana, pues Estados Unidos, en el periodo de la posguerra, se dedicó a apoyar las dictaduras de derecha en el continente, con la justificación de controlar el surgimiento del comunismo durante la Guerra Fría.

El autor señaló que, al igual que en Estados Unidos, surgió una estrecha relación entre los industriales y el Estado. Los industriales antioqueños agrupados en la Asociación Nacional de Industriales (Andi) marcaron la pauta para la dirección de la política económica y social en el país, durante 1951 y 1957. Este direccionamiento osciló entre la postura conservadora de los industriales, quienes esgrimieron el proteccionismo y la postura más abierta y liberal de los cafeteros y comerciantes quienes preferían el libre comercio.

Los conflictos entre Gobierno e industriales se hicieron más evidentes durante la crisis política de 1957 por el derrocamiento de la dictadura militar. Después de las diferentes organizaciones, entre los líderes del partido liberal y conservador, se estableció el régimen de poder compartido. Los dos partidos se turnaron la presidencia entre 1958 y 1974. El primer candidato fue el presidente Alberto Lleras Camargo, cuya candidatura fue incluso proclamada por un grupo de industriales de Medellín. Así, el Frente Nacional se selló no solo como una alianza entre liberales y conservadores, sino como un arreglo entre estos y los empresarios, señalando los límites de la intervención estatal en la economía.

Con la caída de la dictadura de Rojas Pinilla, y por acuerdo entre los partidos políticos tradicionales Liberal y Conservador, surgió un mecanismo de alternancia del poder denominado Frente Nacional, este hecho fue el telón de fondo político más importante en el periodo de surgimiento de la Facultad; vale la pena resaltar que las políticas de los gobiernos de Guillermo León Valencia (1962-1966), Carlos Lleras Restrepo (1966-1970) y Misael Pastrana Borrero (1970-1974) como directrices que se tuvieron en cuenta para establecer las estrategias en la formación.

Aunque el acuerdo bipartidista ocultaba las naturales pujas internas por el poder político en Colombia, los liberales se quedaron con la victoria definitiva. Esa fue la más grande de las consecuencias del Frente Nacional. Pero fue una victoria pírrica, porque no reflejó una sintonía real entre los colombianos y el sistema político implantado. Posiblemente, el Frente Nacional fue un remedio a la violencia bipartidista de las décadas anteriores, pero produjo enfermedades peores: violencia social, represión selectiva, exclusión, desintegración, corrupción, un país a medio camino y un pueblo desilusionado (Ayala, 1999).

En la misma línea que planteó Lleras Camargo, los presidentes del Frente Nacional de diferentes pensamientos políticos parten de la implementación de la planeación como estrategia para el desarrollo de políticas en los diferentes campos, es así como desde cada ministerio los planes y políticas propuestas siguen el derrotero de los planes de Lleras Restrepo centrado en empleo, bienestar y justicia social y de Misael Pastrana con las cuatro estrategias de redistribución de ingreso, crecimiento económico, empleo y aumento de exportaciones.

En ese entonces, el término bienestar implicaba una política, una norma de administración pública, un sistema, un plan, una estrategia, o un proceso iniciado en 1917. Por la planeación soviética, el término se asoció a una revolución política y, por este motivo, su implantación fue difícil en países de corte capitalista. Actualmente, el bienestar ha perdido esa connotación y es de uso corriente en los países de diferentes ideologías y sistemas políticos tanto en el sector público como privado (Arias, 2005).

Todos los gobiernos del Frente Nacional aportaron para consolidar la estructura de prestación de servicios de salud y educación, sin embargo, el problema fundamental de estos siempre fue la cobertura y la calidad de los mismos. Como herramientas importantes de desarrollo social, la salud y la educación fueron al igual que otros procesos de gestión del Estado influenciados por la estrategia de planificación.

Los ejercicios de planeación y diagnóstico fueron el eje de muchas de las reformas educativas de los distintos gobiernos del Frente Nacional a partir de 1958. En términos de financiación, el plebiscito de 1958 estableció un aumento del gasto del gobierno central en educación en un mínimo del 10% del presupuesto central. Con la Ley 111 de 1960 se nacionalizó el gasto en educación, dejando la totalidad del costo de los servicios personales en educación primaria pública en cabeza de la nación, mientras la administración de los docentes continuaba a cargo de los entes territoriales (Ramírez y Domínguez, 2006, p. 54). Esta ley fue una puerta para que el Estado se responsabilizara y apoyara la educación pública.

Durante el Frente Nacional, el país se organizó en una forma diferente, la interlocución con organismos internacionales se evidenció con la misión Currie, la Alianza para el Progreso y el estudio textil de la CEPAL.

Es de destacar el efecto que tuvieron las políticas de la misión Currie sobre el cambio de estructura poblacional. La solución estaba, según Bejarano, en llevar la fuerza de trabajo de los campos a las ciudades, destinándola a actividades que requirieran obreros no calificados, como la construcción de viviendas, mientras que la agricultura y la ganadería debían tecnificarse para elevar la productividad, mejorar el empleo en el campo y asegurar buenos salarios (Bejarano, 1999).

En el siglo xx, las características de la población colombiana cambiaron, no solo en el aspecto de su distribución por género y grupo de edad, sino también en la ubicación geográfica y social. Una de las grandes transformaciones de Colombia durante el siglo xx fue su urbanización, Colombia pasó de ser un país rural a uno predominantemente urbano. En 1938, la población que vivía en las cabeceras municipales (población urbana) era 31% del total y en 2000, 72%. Hacia 1963 y 1964 estuvieron en un punto de equilibrio, 50% de la población era rural y 50%, urbana (Carmona, 2005).

En este sentido, se pasó de un país rural con un número importante de población campesina a un país urbano con una tendencia cada vez mayor de población ubicada en las ciudades, es significativo que hacia la mitad del siglo, la distribución de la población urbana y rural se dio en igual proporción, según Chacón (2005) y otros autores.

En la transición de un país agrario a un país urbano siempre ha estado a la orden del día la discusión de una reforma agraria y el impacto de este conflicto en el bienestar de la población colombiana.

Las luchas agrarias del periodo del Frente Nacional se caracterizaron por su contenido social reivindicativo y por el hecho de que, cuando tuvieron expresiones políticas, esas expresiones fueron no solamente independientes sino incluso antagónicas en relación al régimen bipartidista. (Zamosc, 1992, p. 50)

Esta distribución significó que, en ese momento el país, debía responder tanto a las necesidades de la población rural como de la creciente población urbana, este reto necesariamente implicó que se consideraran estrategias para responder a las demandas generadas por la implementación de políticas, entre las cuales se pueden contemplar las relacionadas con la prestación de servicios, educación y formación del personal sanitario.

Tal vez, la característica esencial de la población en este periodo de transición fue la explosión demográfica presentada en los años sesenta, Fucaraccio (1994, citado por Romero, 1998) mencionó que:

Durante la década de los sesenta esa relación entre población y desarrollo toma auge a raíz de las acciones del control natal liderado por los Estados Unidos. La idea más difundida es que los problemas de pobreza de un país se resuelven con la disminución del crecimiento demográfico. El embate ideológico que surge de ese enfoque se resume en la famosa frase del entonces presidente de los Estados Unidos que decía que «cinco dólares en control de la natalidad rinden más que cien en desarrollo». (p. 534)

La explosión demográfica fue una particular y diferente forma de abordar la dinámica de la población. Colombia se convirtió en un reflejo claro

de exclusión e inequidad social y de la influencia de políticas externas. De acuerdo con Idrovo y Ruiz:

El periodo de mayor ganancia en esperanza de vida al nacer en Colombia fue el de 1960-65 y, a partir de 1990, este incremento porcentual se mantiene estable y es inferior al logrado por países como Ecuador, Brasil y Chile para el mismo periodo. Esta situación obedece, entre otros aspectos, a que Colombia, a diferencia de estos países, tiene que afrontar al mismo tiempo la pobreza, la desigualdad y la violencia política, la cual se ha acentuado durante los últimos 15 años. (2007, p. 335)

De 1958 a 1972, los aspectos más relevantes del contexto de la prestación de servicios de salud fueron establecidos por Hernández y colaboradores (2002) en su libro *La Organización Panamericana de la Salud (ops) y el Estado Colombiano: cien años de historia 1922-2002*. Los autores señalaron que entre 1951 y 1960 fue un periodo de erradicación de enfermedades como viruela, lepra, tuberculosis, malaria, fiebre aftosa y del mosquito *aedes aegypti*. En el siguiente periodo, de 1961 a 1975, la OPS influyó en la aplicación de los acuerdos de la carta de punta del Este, el desarrollo del sistema nacional de salud y la integración de servicios, formación del recurso humano especialmente en salud pública y la implementación de los programas materno-infantiles.

Además de las enfermedades propias del perfil epidemiológico y demográfico de la población colombiana, las condiciones de salud se deterioraron aún más, por las circunstancias sociales del entorno y las precarias condiciones nutricionales de la población. Esta situación marcó un interés particular para el Gobierno y los organismos de cooperación, la cual se vio reflejada con la intervención extranjera y la creación del Instituto Nacional de Nutrición liderado por el doctor Roberto Rueda Williamson, el cual sirvió no solo para abordar el problema, sino que posteriormente propició la creación del Instituto de Bienestar Familiar y la carrera de Nutrición y Dietética y, además, contribuyó a la formación en aspectos nutricionales de otros profesionales incluidas las enfermeras, a continuación se presenta un aparte que da cuenta de esta experiencia:

Los organismos de la Naciones Unidas (FAO, OMS/OPS; UNICEF) que habían realizado sus propios estudios, llevaron a cabo en 1959 diversas reuniones con el gobierno de Alberto Lleras Camargo (1958-1962), con el objetivo de estudiar la posibilidad de iniciar en Colombia un programa que integrara funcionalmente los servicios de salud, agricultura, y educación en los campos de la nutrición y la alimentación, el cual se denominaría Programa Integrado de Nutrición Aplicada (Pina). Otra de las acciones realizadas en este periodo, ahora con el Comité de Nutrición del Departamento de Defensa de los Estados Unidos (ICNND), facilitó la investigación del estado nutricional de las fuerzas militares y de la población civil, de sus recursos locales y

de su disponibilidad; surgieron así varias recomendaciones para mejorar y optimizar los programas de nutrición en Colombia. Otro aspecto importante del estudio fue la oportunidad de entrenar al personal colombiano, en los métodos de evaluación del estado nutricional. (Interdepartmental Committee on Nutrition for National Defense citado por Chacón, 2005, pp. 162-163)

Planificación para el desarrollo social

La CEPAL adoptó la “programación” de la intervención económica estatal como una de las estrategias para superar las grandes diferencias entre los países desarrollados y subdesarrollados (Hernández *et al.*, 2002).

En Colombia, el gobierno de Alberto Lleras Camargo no fue ajeno a esta iniciativa, por lo que una de sus primeras preocupaciones fue reconstruir el Consejo Nacional de Planeación y su sección más importante el Departamento Nacional de Planeación, que tendría a su cargo la responsabilidad de elaborar recomendaciones generales y específicas en torno a los diversos campos ligados a la economía y a otros aspectos claves para el desarrollo del país (Enríquez, 1982).

Como resultado se presentó un extenso documento para mostrar la situación del país y, en 1960, se elaboró el primer plan de desarrollo nacional decenal denominado *Desarrollo económico y social 1961-1970* cuyos capítulos son:

- La economía colombiana en el último decenio.
- Síntesis del programa de desarrollo económico.
- Las metas del programa de desarrollo económico.
- Población y mano de obra en Colombia.
- Balanza de pagos.
- Desarrollo de las finanzas públicas.
- Análisis del desarrollo industrial colombiano.

El plan decenal planteado por Alberto Lleras Camargo trazó unas metas relacionadas con el desarrollo económico que, según se expresa en el documento, no constituyen un fin en sí mismas, sino que eran un medio para llegar a unas metas específicas en desarrollo social, a su vez, se consideró que redundaban en un mejor y mayor crecimiento económico por cuanto mejorarían la capacidad de producción de la población. El programa de desarrollo social propuesto por Lleras Camargo incluyó los siguientes tópicos: la salud, los servicios sanitarios, las condiciones habitacionales, la cultura,

el desarrollo comunal, el trabajo y la remuneración (Departamento Nacional de Planeación, 1961).



Figura 4. Alberto Lleras y la Edad de Oro de la OEA.
Fuente: dominio público / Acervo Archivo Nacional (s. f).

La salud en Colombia, en el periodo donde surgió y se consolidó la Facultad de Enfermería de la Universidad, se caracterizó por la implementación de los acuerdos de la reunión de punta del Este, la cualificación del recurso humano, la planificación en salud CENDES-OPS, la atención materno-infantil y la consolidación del sistema nacional de salud (Hernández *et al.*, 2002).

Con relación al componente de salud este se entendió no como la manifestación o ausencia de enfermedad desde el concepto médico, sino como la compleja interrelación de distintos factores que determinan el bienestar físico, mental y social; así, se consideró que el estudio de la situación de salud y su programa de acción requería analizar y considerar los ingresos familiares, las características de la dieta alimenticia, las condiciones habitacionales, la eficiencia de todos los servicios públicos, el nivel de cultura y de todos aquellos factores que, relacionados entre sí, condicionan la calidad de vida, del cual, la salud es una clara expresión (Hernández *et al.*, 2002).

En cuanto al perfil de morbilidad y mortalidad de la población colombiana, se consideró que si bien existían avances significativos en el conocimiento

de algunas enfermedades y su terapéutica, que se aplicaba de forma más efectiva en los centros urbanos, en el campo las personas padecían de parásitos intestinales, a pesar de contar con los elementos necesarios para prevenirlos. La mortalidad infantil era especialmente alta; en 1960, de cada 100 fallecimientos 52 correspondían a menores de 5 años y de estas 33 a menores de 1 año, la mayoría de las muertes eran por causas completamente prevenibles.

Con relación a las enfermedades transmisibles, cerca de 70% eran de origen gastrointestinal, especialmente, diarrea y enteritis, anquilostomiasis, disenterías amebianas y bacilares, fiebres tifoidea y paratifoidea entre otras. Todas ellas causadas por falta de saneamiento ambiental, principalmente, carencia de suministro de agua potable y de aceptables sistemas de eliminación de excretas (Hernández *et al.*, 2002). La lepra, la viruela, el paludismo y la tuberculosis también eran preocupantes flagelos para la población, esta situación se aunó a la carencia de personal médico y auxiliar sanitario, y a la necesidad de una adecuada tecnificación y coordinación de los servicios existentes.

Las acciones para hacer frente a la situación descrita anteriormente se orientaron a mejorar la capacidad operativa de los servicios de salud pública la integración y coordinación de los servicios de salud a través de los centros zonales integrados de salud, que abarcaban atención médica, saneamiento ambiental, higiene materno-infantil, control de enfermedades transmisibles, la educación para la salud y otras, los planes requerían financiación y apoyo que provenían de organismos multilaterales. Según Cueto:

Una perspectiva hegemónica enfatiza la funcionalidad de la salud pública para el crecimiento económico, insiste en el poder de nuevas tecnológicas y apuesta por la organización de campañas verticales, básicamente autoritarias, como un método de motivar a los trabajadores locales y líderes de salud. Según esta visión, no es responsabilidad de los sistemas de salud pública luchar por una reforma social que minimice la vulnerabilidad de los pobres ante las enfermedades, sino que los líderes de salud deben, en la práctica, manejar las emergencias y en el mejor de los casos aspirar a garantizar el acceso universal de los individuos a un paquete básico de servicios de salud. (2015, pp. 270-271)

La directriz de planificación en salud y una visión alternativa

La llegada de la década de los sesenta se caracterizó, por la convergencia de una serie de hechos, producto de la implementación de políticas para el desarrollo en América Latina, como la planificación.

Colombia no fue ajena a la influencia de esta tendencia de la región y en este escenario, el surgimiento de la Facultad de Enfermería de la Universidad se enmarca en la confluencia de acontecimientos externos y propios de la *alma mater*, los cuales de una forma u otra convergieron en 1958, en el momento que se creó la Facultad de Enfermería. De acuerdo con la OPS:

En Bogotá, en 1960, los países miembros de la Organización de Estados Americanos establecieron los conceptos de las políticas y programas de salud y crearon un Fondo Especial para el Desarrollo Social, que promoviera el desarrollo económico y social acelerado. Estos compromisos constituyeron la base de la carta de Punta del Este, fruto de una Reunión Extraordinaria del Consejo Interamericano Económico y Social, celebrado en Punta del Este, Uruguay, en 1961. (2002a, p. 38)

En este sentido, la revisión de políticas sociales, de educación y de salud tiene una importancia significativa para comprender los acontecimientos más cercanos del contexto, que rodearon el nacimiento y los primeros años de funcionamiento de la facultad, aspectos que de una u otra forma se plasman en el currículo de la Facultad y en la estructuración de los planes de estudios de los diferentes programas, de lo cual se ocupa el presente libro.

Una de las tendencias de salud durante este periodo de estudio fue la de asumir la planificación como política central y uno de los sectores donde la planificación fue más evidente fue el sanitario. Los planes y programas de salud desarrollados en América Latina derivaron de dos hitos importantes en la década de los sesenta, de la carta de Punta del Este en 1961 y, posteriormente, el Plan decenal de salud 1962- 1972 para las Américas, avalado en Santiago de Chile en octubre de 1972. Según la OPS:

En la histórica reunión de Punta del Este, Uruguay, en 1961, los dirigentes americanos reconocieron que los Estados eran responsables de promover la salud como parte del desarrollo. La Alianza para el Progreso, de la Organización de los Estados Americanos, surgida como resultado de ese encuentro, lanzó una importante acción cooperativa por parte de los gobiernos destinada a acelerar el progreso y mejorar las condiciones de vida en la región. En su plan decenal de salud para los años setenta, los ministerios de salud de las Américas declararon que la salud es un derecho universal, reconocieron la importancia de la participación social en la toma de decisiones y recomendaron que las

políticas sanitarias fueran incorporadas al desarrollo económico y social. (2002a, p. 33)

Por otro lado, con el hilo conductor de la confrontación entre dos modelos económicos —que guían las demás estructuras sociales como la de la prestación de los servicios de salud— es necesario resaltar posturas que van más allá de lo establecido por los organismos multilaterales como lo presentaron otros autores, entre ellos Vicente:

El Che Guevara, en la Universidad Nacional de Montevideo y en la Conferencia del Consejo Interamericano Económico y Social de la OEA, en Punta del Este, Uruguay (1961), se vio obligado a desentrañar las artimañas del gobierno norteamericano en su Alianza para el Progreso. (Vicente, 2011, p. 378)

Es importante resaltar que en la Conferencia de Punta del Este de 1961 (Uruguay) hubo un encuentro donde se presentó la política de planificación para desarrollar los planes y programas de salud, con una postura más crítica, que presentó elementos fundamentales del abordaje social de la salud. Según Sánchez:

La visión social precisamente inicia en los 60 del siglo recién pasado (década de los movimientos estudiantiles) con algunos movimientos estudiantiles como los de Punta del Este (Uruguay) conocidas como luchas por el cupo (1967); el movimiento de mayo francés o mayo del 68 (protestas fue iniciada por grupos estudiantiles de izquierdas contrarios a la sociedad de consumo a los que posteriormente se unieron grupos de obreros industriales, los sindicatos y el Partido Comunista Francés) y el movimiento mexicano de 1968 (Tlatelolco). (2014)

Durante este lapso del surgimiento y afianzamiento de la facultad, las políticas de salud en la región tendieron a cumplir con el mandato de disminuir las desigualdades en cuanto a condiciones de vida y salud que afectan a la gran mayoría de la población de América Latina. Además de estos preceptos, hubo asesoría y direccionamiento permanente para la formulación de programas de atención y capacitación del recurso humano, por parte de organismos como OPS-OMS, que la guía a seguir fue la estrategia internacional del desarrollo. Según Vargas:

En 1959, sería elegido director de la ops Abraham Horwitz, médico chileno que permaneció en el cargo hasta 1976. Hombre de su tiempo, estimó necesario diseñar una política que subrayara la “íntima relación [...] entre la salud y la economía” y destacara que las “condiciones de salud dependían del grado de desarrollo económico”. El profesor Cueto afirma que para entender la difusión que tuvieron esas ideas es menester tener en cuenta la “aspiración —y cierta urgencia— por alcanzar el desarrollo” que se respiraba en las sociedades latinoamericanas y, sobre todo, que una serie de organismos internacionales

sostenían los mismos planteamientos, constituyendo una suerte de clima intelectual del que no era fácil escapar. La OPS, por lo mismo, promovió acciones que coincidían con parte del programa de transformaciones que promovió el presidente Kennedy y la Alianza para el Progreso a partir de 1961, entre las cuales cabe mencionar los planes nacionales de salud. ¿Quién podía dudar de la eficacia de estos últimos si la ONU había declarado al decenio de 1960 como la década de la planificación, creando en Santiago, por intermedio de la CEPAL, el Instituto Latinoamericano para la Planificación Económica y Social (Ilpes)? Por otra parte, y recogiendo también ideas que nadie discutía, la OPS propuso, al igual como lo hacía la carta de Punta del Este, aumentar el número de graduados en las escuelas médicas, y orientar su formación preferentemente a la prevención y al servicio de la sociedad. (2005, p. 180)

Para la presente investigación, los aspectos del contexto internacional y nacional en salud y educación inicialmente identificados en la reunión de Punta del Este y por la Alianza para el Progreso nutren los lineamientos de los programas, los cuales toman un rumbo específico con el Plan decenal de salud 1962-1972 y los parámetros establecidos por cada uno de los gobiernos del Frente Nacional para los sectores de salud y educación en donde se vieron plasmados en las diferentes reformas. De acuerdo con Miranda, Quevedo y Hernández: “Este hecho va ser fundamental para las reformas universitarias, y concretamente en el campo de los estudios médicos, que después del año 60 marcan la definitiva inclusión de nuestra medicina en la órbita norteamericana” (pp. 139-140), pues de allí en adelante tomará una fuerza tremenda el argumento de que la educación médica era parte constituyente del proyecto de desarrollo económico y cultural de los países atrasados, en este presupuesto “creían seriamente los propulsores de las reformas dentro de los cuales se contaban entre otros Gabriel Velásquez Palau, José Félix Patiño, Rafael de Zubiria, Rafael Casas Morales, Antonio Ordoñez Plata, Héctor Abad Gómez y Raúl Paredes Manrique” (1993, p. 145).



Figura 5. HSJD. Cuna de la Formación Sanitaria. Grados Medicina, UNAL, 1964, auditorio noveno piso.

Fuente: foto donada al grupo Historia de la Enfermería Doctora Martínez, UNAL.

La educación logra tener presupuesto propio bajo la presidencia de Alberto Ileras Camargo en 1960, acontecimiento que constituye una línea base para mejorar la educación en todos los niveles. De acuerdo con la OPS:

Se inicia este proceso en la reunión de presidentes en Punta del Este, de cuyo seno salió la carta del mismo nombre donde se consideraba un Plan decenal de salud para el decenio de 1960, definiéndose a la salud no solo como objeto sino como sujeto del desarrollo, esta declaración releva a la salud a un plano de mayor importancia, en relación a su papel generador de bienes y desarrollo social. Se comienzan a plantear conceptos de programación local, aunque aún se mantiene con mucha importancia la participación de nivel central. (1999, pp. 14-15)

La planificación en salud, utilizando el método Cendes-OPS, fue una de las herramientas esenciales para abordar el control de la natalidad en la población de América Latina, cuyo fin, según sus gestores, era aportar al desarrollo planificando la fuerza de trabajo en la región.

Las políticas de planificación familiar

Posterior a la estrategia de control de la malaria, intrincada en los planes y programas de salud de la región de América Latina, el direccionamiento de la política se centró en el control de la natalidad en los diferentes países. De acuerdo con Mundigo:

En efecto, la evidencia presentada sugiere que, hacia fines de la década de 1960, en la mayoría de los países de la región de América Latina la norma era un «exceso de fecundidad» y que existía por doquier una demanda de regulación de la fecundidad insatisfecha. (1992, p. 38)

Es así como en capítulo IV del Plan decenal de desarrollo se hizo un análisis detallado del crecimiento poblacional en Colombia comparando los censos realizados en años anteriores (1912, 1938 y 1951), cifras de natalidad y mortalidad, situación por departamentos, diferenciación por sexos y sus efectos en relación con la satisfacción de necesidades fundamentales en salud, educación, vivienda y trabajo.

Aquí se identifica claramente y, por primera vez, a nivel gubernamental, que la explosión demográfica que se ha experimentado de forma significativa desde los años cincuenta es un problema fundamental por resolver si se pretende un mayor crecimiento económico. Lleras Camargo al presentar el plan de desarrollo, el 20 de diciembre de 1961, expresó:

La grande amenaza de este tiempo que consiste en la explosión demográfica, que entre nosotros no es ya una rigurosa hipótesis estadística, sino la realidad que palpamos en lo cotidiano. (Lleras citado por Enríquez, 1982, p. 37)

En este sentido, el Gobierno en mención adoptó una política de población demográfica encaminada al control de la natalidad, la cual estaba dirigida especialmente a los sectores que presentan mayores tasas de natalidad: sectores marginales, proletariado y sectores medios, con lo que a su vez se pretendía prevenir presiones de tipo económico y político (Enríquez, 1982). De acuerdo con Enríquez, las políticas sociales que se implementaron para intervenir en este mismo asunto se encaminaron a:

La elaboración de planes para la incorporación de la mujer a la fuerza laboral, campañas de salud, vivienda y educación tendientes a retardar los matrimonios por medio de una retención mayor en el ciclo educativo, haciendo énfasis en aspectos de salud relacionados con gestaciones en edades óptimas (entre 24 y 32 años), y finalmente condicionando la posibilidad de consecución de mejores niveles de vida a las familias de pocos miembros, que serían las únicas que podrían disfrutar del tipo de vivienda reducida adoptada por las entidades encargadas de suministrarla a sectores medios y populares. Podrían mencionarse además las leyes de protección a la familia,

tendientes a disminuir los nacimientos ilegítimos por medios de la fijación de cargas económicas a los padres, etc. (1982, p. 70)

Como se puede observar, los mecanismos adoptados no implicaban una intervención directa en los aspectos de la vida personal, conyugal y familiar, sino que intervenían los aspectos socioculturales que determinan la clave de cambio en el proceso mental (Enríquez, 1982).

Sin embargo, el papel preponderante en las medidas para el control de la natalidad lo tuvieron las instituciones del sector privado que trabajan en el área, más que el mismo Estado, debido en parte a la influencia de la iglesia católica en la vida del país y al desconocimiento en materia de anticoncepción en gran parte de los sectores medios y populares. De estas instituciones se destaca la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (Ascofame) que, en 1964, a través de convenios efectuados con los Ministerios de Salud y Educación, se convirtió en la pionera de los programas de control natal y asumió tareas importantes tanto en docencia como investigación y prestación de servicios directos, los cuales tendían a modificar las actitudes de determinados sectores en este aspecto (Enríquez, 1982).

De esta forma, prácticas docentes en anticoncepción (integradas a las áreas de medicina preventiva y gineceo-obstetricia) se incluyeron en los planes curriculares de las facultades de medicina.

La actividad de la asociación en pro del control de la natalidad fue tan intensa que se convirtió en su prioridad número uno, situación que llevó a la desafiliación de algunas de las facultades (entre ellas las de la Universidad Nacional de Colombia), debido a presiones estudiantiles. Otra de las instituciones que desempeñó un papel fundamental en el tema del control de la fecundidad fue Asociación Probienestar de la Familia Colombiana (Profamilia) creada en Bogotá en 1966, esta se dedica únicamente a la prestación de servicios.

Durante el periodo de 1965 a 1969, hubo un aumento significativo en el número de clínicas privadas y consultorios gubernamentales dedicados a actividades de planificación familiar; también aumentó el número de usuarias de los diferentes métodos en especial los métodos hormonales. En estos años se efectuaron capacitaciones masivas de agentes de salud en anticoncepción (tabla 1).

Tabla 1. Número de capacitaciones a profesionales de la salud

Profesionales	Número
Médicos	1080
Enfermeras y matronas	261
Auxiliares de enfermería	1299

Sociólogos	5
Otros profesionales	12
Total	2657

Fuente: elaboración propia a partir de Enríquez (1982).

Estados Unidos tuvo un papel vital en el establecimiento y el desarrollo de las políticas del control de la natalidad, por cuanto condicionaron la ayuda a países que no ponían en práctica medidas orientadas a frenar las tasas de natalidad; de esta manera el Gobierno estadounidense dedicó gran parte de los recursos financieros y técnicos para apoyar a los países que deseaban promover el control natal (Enríquez, 1982).

Las instituciones extranjeras que más dedicaron recursos económicos para este fin fueron las fundaciones Ford, Rockefeller y Sacaife-May. Al parecer, esta gran preocupación del Gobierno estadounidense se relacionaba con la percepción de que las economías de los países con los que tenía relación eran susceptibles de lineamientos políticos en este sentido, de lo contrario podrían verse afectadas por la explosión demográfica y esto, a su vez, incidiría en la situación de la propia economía. Por su parte, el Banco Mundial condicionó los préstamos a países subdesarrollados al establecimiento de políticas oficiales de control natal.

En 1965, la Conferencia de la Asamblea Panamericana se realizó en Cali, en esta se definieron los siguientes lineamientos (Enríquez, 1982):

- Todas las naciones deberían desarrollar políticas de población como parte integral de las políticas de desarrollo económico.
- Los gobiernos debían fomentar la paternidad responsable, alentando a las parejas a tener el número de hijos concordante con sus propios ideales.
- Los gobiernos deberían hacer visibles los servicios de planificación familiar a la gente que los desee y educar a la población con los medios a su alcance.

En 1966, la Organización de Naciones Unidas (ONU) declaró que la planificación de la familia es uno de los derechos humanos y señaló la urgencia de reconocer que los programas demográficos son fundamentales para el desarrollo económico y la consecución de la paz. Así, el gobierno de Lleras Camargo y los siguientes continuaron, y en algunos casos fortalecieron, las estrategias para el control de la natalidad. Carlos Lleras Restrepo sostuvo “la paz duradera y eficaz, dependerá de la forma en la que se afronte el reto del crecimiento demográfico y la planificación constituye el enriquecimiento de la vida humana, no su restricción y que permite al hombre alcanzar su dignidad en toda su potencialidad” (Enríquez, 1982).

Hacia la década de los setenta, y como resultado de todas las acciones emprendidas para el control de la natalidad, las cifras de nacimientos disminuyeron de forma considerable; sin embargo, no se percibieron mejoras en los aspectos de salud, vivienda, educación y trabajo, demostrando que no bastaba con enfocar las políticas de población hacia el control de la natalidad, sino que es necesario desarrollar más estrategias de tipo social que compensaran la balanza.



Figura 6. Familia típica de Bogotá, 1968.

Fuente: foto donada al grupo Historia de la Enfermería, UNAL.

La formación del personal de salud, en especial de enfermería, se encuentra estrechamente ligada con la atención en salud y el desarrollo e implementación de los programas establecidos en el territorio nacional, pero direccionados desde políticas externas.

Políticas para la formación en enfermería

Enfermería fue un foco importante para asumir los lineamientos de planificación en salud y demás acordados en la reunión de Punta del Este, al revisar el Informe final 118 de la Tercera Reunión Especial de Ministros de

Salud de las Américas, celebrada en Santiago de Chile en octubre de 1972, se encontró que, en la segunda parte del informe, relacionado con las áreas programáticas, entre las prioridades se identificaron el recurso humano en salud y enfermería.

Reforzar la infraestructura y los recursos para la formación de enfermeras fue un proceso paralelo al fortalecimiento de la prestación de servicios de enfermería, tal es el caso de enfermería en el hospital San Juan de Dios, centro por excelencia de formación de la Universidad Nacional de Colombia, en 1959 se creó el Departamento de Enfermería en el hospital y dos años después la beneficencia y la Universidad firmaron un contrato para que la Fundación Kellogg y su personal organizaran los servicios de enfermería del Hospital a semejanza de las enfermerías estadounidenses, aunque tal servicio estuvo a cargo de monjas hasta 1971 (Olaya, 2013, p. 142).

La formación de enfermeras, y en general del personal sanitario en América Latina, siguió un lineamiento para todos los países de la región, es así como en los años cincuenta el requerimiento era la formación para el área hospitalaria. De acuerdo con Cerezo, Jones y Gibbons:

En el decenio de 1960, con el influjo de las resoluciones y recomendaciones que surgieron de la Reunión de Punta del Este, la atención a la salud de los países latinoamericanos recibió, como expresa Horwitz (1961): “el espaldarazo consagratorio” [...] los trabajadores de la salud deben cohesionarse, suplementar sus técnicas con conocimientos de mayor universalidad y prepararse para una obra de largo aliento. La pendiente es larga y escarpada [...]. (1979, pp. 431-432)

El informe da cuenta de la aguda escasez de enfermeras, 2.3 por 10 000 habitantes, su distribución y la ausencia en muchos países de una política de atención de enfermería y formación de este personal; el informe recomendaba establecer un sistema de enfermería en el 60% de los países de la región, determinar para cada país el tipo de enfermera necesaria de acuerdo con su realidad y desarrollar programas docentes para tal fin.

El establecimiento de las recomendaciones implicó un cambio de política, el cual involucró a la enfermería en las diferentes estructuras del sistema de salud y se concentró en la importancia de formar recurso humano de enfermería a nivel profesional para alcanzar la meta propuesta 19 enfermeras graduadas por 10 000 habitantes para 1980, lo que representaba según el informe un incremento del 134%.

La reunión de ministros de la salud celebrada en Chile terminó con la formulación de un plan para el siguiente decenio, con cuatro programas, el primer programa llamado de servicios, y estaba orientado al control de las enfermedades transmisibles; la salud materno infantil y bienestar familiar;

la nutrición y el programa de saneamiento del medio, cuyas acciones se orientaron al mantenimiento del agua potable, la disposición de excretas, el manejo de residuos sólidos, la contaminación ambiental, el desarrollo regional, la salud ocupacional, la salud animal y la calidad de los alimentos entre otros.

El segundo gran programa se enfocó en el de desarrollo de la infraestructura, en el cual la recomendación esencial fue implementar y fortalecer un sistema de salud adecuado a las características del país, acompañado de estrategias como la planificación, investigaciones sobre el sistema, capacidad operativa, desarrollo de recursos.

El tercer programa estaba relacionado con mejorar la esperanza de vida y el cuarto, con las recomendaciones generales de esta reunión, producto de ello hubo un variado plan de capacitación propuesto por la OPS, se destacaron los temas que involucraron al personal de enfermería: el materno infantil, planificación familiar, actualización en tuberculosis, enfermería comunitaria y atención primaria en salud APS.

La formación básica de las enfermeras cambió sustancialmente, así se describió en el documento de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2002a):

En 1961, la Universidad Nacional reestructuró su programa y lo amplió a cuatro años para otorgar el título de licenciada en Enfermería. El ambiente de debate que se generó de las reformas, así como el interés por fortalecer la formación de enfermeras, llevó a crear a lo largo del decenio nuevas escuelas de enfermería, algunas con el programa ampliado, en la Universidad Industrial de Santander, en el Instituto Mariano de Pasto y en las Universidades del Cauca, de Caldas y Francisco de Paula Santander de Cúcuta (Velandia, 1995) citada en el documento. Como una directriz de la OPS, algunos de los países de la región realizaron diagnósticos de la formación del recurso humano en salud, para el caso de enfermería se pueden citar los ejemplos de Ecuador y Colombia. (p. 149)



Figura 7. Imposición de toca a la estudiante de tercer semestre, Consuelo Gómez Serrano en 1969.

Fuente: fotos donadas al grupo Historia de la Enfermería, UNAL.

El macrodiagnóstico de enfermería realizado en 1972 en Colombia señaló que se debía estructurar una pirámide del recursos humanos, en cuyo vértice se localizaron las licenciadas y especialista, y con base en el personal auxiliar se definieron las características de la enfermera general en una relación de licenciada/enfermera de 1/3 y de profesional/ auxiliar de 1/3. En relación con la formación, el macrodiagnóstico señaló que era necesario revisar los objetivos educacionales y examinar los planes de estudio y la formación del personal auxiliar y la dependencia de esta. En varias regiones del país, la respuesta al déficit de enfermeras fue asumida con la creación de nuevos programas.

En la prestación de servicios se sugirió la creación de cargos para el desarrollo de programas especiales y el cuidado directo al paciente, al igual que la participación en las políticas de salud.

Este análisis del recurso humano permitió la planificación de las políticas de enfermería en salud y educación en los años siguientes, estrategia que también se asumió en varios países de la región.

En el sector educativo, el radio de acción de los organismos de cooperación internacional se dirigió al trabajo con las asociaciones de facultades y escuelas de las diferentes disciplinas del área de la salud. Según Almeida:

Las reuniones del comité de expertos en enfermería de la OMS, realizadas en 1951 y 1954 continuaron al igual que la reunión de 1949 enfocando las cuestiones para ampliar el número de personal de enfermería, introducir programas de formación en los países que todavía no los tenía formalmente, así como la necesidad de proporcionar material educativo, bibliografía y audiovisuales. (2009, p. 195)

No se puede olvidar que una de las prioridades de planificación en salud se centró en la formación y nivelación del talento humano, en el caso de la enfermería para América latina y el Caribe se adoptó una política de estructuración por niveles de formación que a su vez se articularon entre sí vinculando a especialistas, profesionales y personal auxiliar como apoyo. De acuerdo con Cerezo, Jones y Gibbons:

En noviembre de 1968 tuvo lugar en la sede de la OPS la primera reunión del comité técnico asesor de enfermería, en la cual se analizaron aspectos relacionados con el sistema de personal de enfermería, utilización del personal de enfermería, planeamiento e investigación, publicaciones y se formuló una serie de recomendaciones para la OPS como: 1) Estimular a los países de la región a establecer y desarrollar tres niveles o categorías de personal de enfermería, nivel superior encargada de atención especializada, docencia y administración, intermedio encargada de la mayor parte del cuidado directo y el nivel básico en cargado de desempeñar funciones sencillas y otras y tareas bajo supervisión. 2) Elaborar planes para un sistema de enfermería. En 1971 se realizó en Puerto España Trinidad un seminario regional de enfermería que permitió precisar el concepto de liderazgo, planificación de salud, requerimientos de enfermería. (1979, pp. 433-434)

También es importante reflexionar sobre la tendencia del desarrollo de enfermería en el mundo, especialmente, en relación con América del Norte, pues sus iniciativas a menudo servían de derrotero para otras partes del continente y el mundo. De acuerdo con los planteamientos de la Comisión Nacional para el Estudio de la educación en Enfermería, de los Estados Unidos en 1967, publicados en: *The Nursing, History, and Health Care*:

La Comisión Nacional para el Estudio de la Educación en Enfermería convocada en 1967 para estudiar los problemas de la práctica de enfermería y la educación, que recibió fondos de la American Nurses Fundación, la Fundación Avalon, la Fundación Kellogg, y publicó el *Informe Lysaght*, que identificó cuatro prioridades alrededor de la cual desarrollar un esquema para el cambio en la enfermería. Estos eran aumentar la investigación en la práctica de la educación de las enfermeras, mejorar el sistema educativo de

enfermería, aclarar el papel de las enfermeras en contraste con los de otras profesiones de la salud para la prestación de una atención óptima, y aumentar el apoyo financiero para la enfermería para asegurar la carrera adecuada oportunidades para atraer y retener el número de enfermeras necesarias para la atención médica de calidad. (2011)

Podría decirse que el desarrollo del conocimiento de enfermería se puede considerar como aquel producido después de 1950, este periodo marco un derrotero en la producción del conocimiento de enfermería no solo en la cantidad de este, sino en el sustento de teoría propia de enfermería, este hito sirvió para que las escuelas avanzaran y afianzar así la creación de facultades.

En los años posteriores a la Segunda Guerra Mundial se dio un movimiento importante de enfermeras, especialmente docentes, que se enfocaron en estudios doctorales; posteriormente, muchas de estas doctoras se afianzaron en el conocimiento de enfermería con su aporte conceptual, teórico como empírico, en torno del objeto de estudio de la profesión, reconocido como el cuidado de enfermería. De acuerdo con Burns y Grove:

En la década de 1960, un número creciente de estudios clínicos se centró en los cuidados de calidad y el desarrollo de criterios para medir los resultados en los pacientes. Se crearon las unidades de cuidados intensivos, que promovieron la investigación de intervenciones, patrones de personal y rentabilidad de los cuidados en enfermería (Gortner y Nahm, 1977). En 1963 se publicó otra revista de investigación, *International Journal of Nursing Studies*. En 1965, la ANA patrocinó el primero de una serie de congresos de investigación en enfermería para promover la comunicación de los hallazgos en investigación y su utilización en la práctica Clínica. (2012, p. 12)

Durante el periodo de la Guerra Fría, el desarrollo asimétrico de la educación en enfermería entre Norteamérica y Suramérica y, consecuentemente, la desigualdad en el ámbito de América Latina fue el producto de la influencia de tres factores: el contexto de la salud; la secularización de la atención en salud, los avances científicos en el área de la salud y la importancia de la salud pública en la formación universitaria.

El desarrollo de enfermería en la Universidad, centrado en el fortalecimiento del proceso de profesionalización, inició con las tres escuelas que antecedieron el proyecto de facultad, el desarrollo se aceleró más en este periodo, pues permitió el inicio de la formación en licenciatura y abrió la posibilidad de formación en posgrado para las profesoras, sin olvidar el reto que asumieron las profesoras de los primeros equipos de dirección de la Facultad, quienes fueron capaces de avizorar un camino de independencia profesional, académica y administrativa para la facultad.

Otros factores del contexto de las décadas de los sesenta y setenta se estudiarán de forma más específica en los siguientes capítulos del libro, donde se analizan: el contexto de universidad, los programas de formación en América Latina y la comunidad académica de profesores y estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad.

Referencias

- Almandoz, A. (2010). Entre Guerra Fría y tercer mundo: urbanización y subdesarrollo en Latinoamérica, 1960-1980. *Argos*, 27(53), 193-217. http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0254-16372010000200010&lng=es&tlng=es.
- Almeida, A. (2009). Enfermería en el discurso político internacional. *Rev. Adm. Sanit*, 7(2), 191-206. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-administracion-sanitaria-siglo-xxi-261-pdf-13139729>
- Arias, E. (2005). *Los objetivos de los planes nacionales de desarrollo y sus resultados en el desarrollo nacional* [Trabajo de ingreso académico] Academia Colombiana de Ciencias Económicas. www.acceconomicas.org.co.
- Ayala, C. A. (1999). Frente Nacional: acuerdo bipartidista y alternación en el poder. Protagonistas, obras y sucesos del siglo xx. *Revista Credencial Historia* (119).
- Bejarano, J. A. (1999). Currie: diagnóstico y estrategia. *Cuadernos de Economía, Universidad Nacional de Colombia* 18 (31), 96-106. <http://revistas.unal.edu.co/index.php/ceconomia/article/view/11108>
- Burns, N. y Grove, S. (2012). Investigación en enfermería. Desarrollo de la práctica de enfermería basada en la evidencia. Quinta edición Elsevier Saunders capítulo (1), página 12. <http://evolve.elsevier.com>
- Carmona, J. (2005). Cambios demográficos y epidemiológicos en Colombia durante el siglo xx. *Biomédica*, 25(4), 464-480. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-41572005000400006
- Carriedo, P. (2007). Guerra Fría y cultura: un panorama sobre la libertad y el compromiso del escritor en la mitad del siglo xx. *Nómadas. Critical Journal of Social and Juridical Sciences*, 15(1), 1-19. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=181/18153298019>
- Cerezo, L. V., Jones, C y Gibbons, L. (1979). El futuro de la enfermería en América Latina. *Educación médica y salud, Organización Panamericana de la Salud*, 13(4), 197-206.
- Chacón, O. A. (2005). Roberto Rueda Williamson: su gesta en la enseñanza de la nutrición y la creación del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. *Revista de la Facultad de Medicina*, 53(3), 160-168.

- http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-00112005000300002&lng=en&tlng.
- Cueto, M. (2015). La «cultura de la sobrevivencia» y la salud pública internacional en América Latina: la Guerra Fría y la erradicación de enfermedades a mediados del siglo xx. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 22(1), 255-273. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702015000100015>
- Departamento Nacional de Planeación (1961). *Plan general de desarrollo económico 1961-1970*. Consejo Nacional de Política Económica y Planeación.
- Enríquez, N. (1982). *Origen y desarrollo de las políticas de población en el Frente Nacional* [Tesis de pregrado]. Universidad Nacional de Colombia. <http://bdigital.unal.edu.co>
- Grosso, C. A. (2009). Metamorfosis de Bogotá, D. C. Desarrollo histórico y ámbito de acción de la planeación en Colombia. *Administración y Desarrollo*, 37(51), 39-58. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6403461>
- Hernández, M., Obregón, D., García C. M., Eslava J. C., y Vega, R. (2002). *La Organización Panamericana de la Salud y el Estado colombiano: cien años de historia, 1902-2002*. OPS/OMS.
- Idrovo, Á. J. y Ruiz, M. (2007). Una visión global a la salud de la población en Colombia: rol de los macrodeterminantes sociales. *Biomédica*, 27(3), 333-344. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-41572007000300003&lng=en&tlng=es
- Leal, F. (2003). La doctrina de seguridad nacional: materialización de la guerra fría en América del Sur. *Revista de Estudios Sociales Uniandes*, (15), 74-87. <https://doi.org/10.7440/res15.2003.05>
- Martínez, M. Á. (2006). Pactos de élites y transición a la democracia en Venezuela y Colombia. *Revista Politeia*, 37(29), 195-228 <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=1700/170018238008>
- Miranda, N., Quevedo, E., y Hernández, M. (1993). *Historia social de la ciencia en Colombia: medicina*. Instituto Colombiano para el Desarrollo de la Ciencia y la Tecnología Francisco José de Caldas, Colciencias.
- Mundigo, A. (1992). *Los programas de planificación familiar y su función en la transición de la fecundidad en América Latina*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud. <http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle>
- National Commission for the Study of Nursing and Nursing Education (1970). *The American Journal of Nursing*, 70(2), 279-294. <https://www.jstor.org/stable/3421160>
- Olaya, J. (2013). *La medicina norteamericana en Colombia 1945-1960: discursos y prácticas en la salud pública, la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional y el*

- Hospital San Juan de Dios [Trabajo de grado para optar al título de historiadora]. Pontificia Universidad Javeriana. <http://hdl.handle.net/10554/14300>
- Organización Panamericana de Salud (OPS). (1999). Planificación local participativa, metodología para la planificación en salud en América Latina y el Caribe, serie Paltex para ejecutores de programas de salud. *Organización Panamericana de Salud*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/3136>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2002a). *Documento oficial: celebrando cien años de salud*. Organización Panamericana de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2002b). *Historia de la Oficina Sanitaria Panamericana en República Dominicana*. Organización Panamericana de la Salud.
- Ramírez, M. T. Domínguez, J. (12 de enero de 2006). *La educación primaria y secundaria en Colombia siglo xx*. Bogotá, D.C.: Unidad de Investigaciones de la Gerencia Técnica de Banco de la República. <http://www.banrep.gov.co/docum/ftp/borra379.pdf>.
- Redacción Cultura (28 de mayo del 2013). El hombre del golpe de opinión. *El Espectador*. <https://www.elespectador.com/noticias/cultura/el-hombre-del-golpe-de-opinion/>
- Rojas, D. (2010). La alianza para el progreso de Colombia. *Análisis Político*, 23(70), 91-124. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/anpol/article/view/45595/46963>.
- Romero, D. E. (1998). La pobreza, el crecimiento demográfico y el control de la natalidad: una crítica a la perspectiva ética de Peter Singer sobre la relación entre ricos y pobres. *Cad. Saúde Pública*, 14(3), 531-541. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1998000300010>
- Sáenz, E. (2002). *Colombia años cincuenta, industriales, política y diplomacia* (1.ª Ed.). Bogotá, D.C.: Universidad Nacional de Colombia.
- Sánchez, N. (18 de enero de 2014). La medicina social es la mira en América. *Diario Co Latino*. <https://www.diariocolatino.com/resena-historica-de-co-latino/>
- The Nursing, History, and Health Care* (2011) Penn Nursing Science University of Pennsylvania. http://www.nursing.upenn.edu/nhhc/Pages/timeline_1960-1989.
- Vargas, J. E. (2005). Marcos Cueto, el valor de la salud: historia de la Organización Panamericana de la Salud. *Historia (Santiago)*, 38(1), 177-181. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-7194223005000100011>
- Vicente, Z. (2011). La proyección oratoria de Ernesto Guevara de la Serna. *Humanidades Médicas*, 11(2), 373-383. <http://scielo.sld.cu/scielo>.

php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202011000200010&lng=es&tlng=es.

- Victoriano, F. (2010). Estado, golpes de estado y militarización en América Latina: una reflexión histórico-política. *Argumentos México*, 23(64), 175-193. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0187-57952010000300008&lng=es&nrm=iso
- Alberto Lleras Camargo (s. f.). En *Wikipedia*. https://es.wikipedia.org/wiki/Alberto_Lleras_Camargo#/media/Archivo:Alberto_Lleras_Camargo,_Presidente_da_Col%C3%B4mbia.tif
- Zamosc, L. (1992). Transformaciones agrarias y luchas campesinas en Colombia: un balance retrospectivo: 1950-1990. *Análisis político*, 15, 35-67. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/anpol/article/view/74396>.