

LA FRACTURA ORIGINARIA EN LA ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN COLOMBIA 1910-1946*

Mario Hernández Álvarez**

A mediados de los años 40 del siglo XX, una serie de decisiones públicas creó las instituciones básicas del sistema de salud de Colombia que hoy se encuentra en transformación. En 1945, se creó la Caja Nacional de Previsión, entidad que se encargaría de la seguridad social de los trabajadores del Estado del orden nacional; en 1946, se crearon el Instituto Colombiano de los Seguros Sociales y el Ministerio de Higiene, el primero destinado a la seguridad social de los trabajadores del sector privado, y el segundo, a la atención de los pobres mediante la asistencia pública y la beneficencia privada, y a la aplicación de las medidas de higiene pública y privada. A la par se consolidaba la práctica profesional liberal que prestaba servicios a los pudientes, desde los consultorios hasta las grandes clínicas. Y aún quedaba sin institucionalizar el conjunto de prácticas médicas populares e indígenas, tanto rurales como urbanas.

Esta multiplicidad de formas de prestación de los servicios de salud comenzó a instalarse desde el comienzo del siglo e intentó ser superada en 1938, con la creación de un aparato del poder ejecutivo que debió integrar todos los servicios bajo el nombre de Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social,

* Versión corregida de la ponencia presentada al XI Congreso Colombiano de Historia, Santafé de Bogotá, Agosto 22-25 de 2000. La ponencia corresponde al resumen de la tesis que con el mismo título fue presentada por el autor para obtener el título de Magister en Historia, a la Facultad de Ciencias Humanas de la Universidad Nacional de Colombia, Sede Santafé de Bogotá.

** Médico, Especialista en Bioética, Magister en Historia, candidato a Doctor en Historia, profesor del Departamento de Salud Pública y Tropical, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, Sede Santafé de Bogotá.

siguiendo la tendencia mundial del momento. Pero el intento fracasó y se produjo lo que en este estudio se denomina la *fractura originaria* de la organización de los servicios de salud en Colombia. Esta fractura constituye la característica básica del sistema de salud colombiano y todavía se resiste a la integración por la vía del aseguramiento universal, como pretende la Ley 100 de 1993. ¿Por qué persiste la fragmentación, cuando la tendencia mundial predominante del momento apuntaba hacia la integración de los servicios por la vía del Estado nacional? Esta es la pregunta central del estudio que se presenta a continuación. Para responderla, es necesario discutir inicialmente la perspectiva desde la cual se intenta aclarar, denominada “enfoque sociopolítico”. Después vendrá la presentación de los fundamentos históricos encontrados en el estudio, para terminar con la síntesis de la respuesta lograda hasta el momento.

El enfoque sociopolítico

El punto de partida de este enfoque está en un desplazamiento de la mirada para el estudio de las políticas de salud. Se trata de entender estas políticas como un asunto sociopolítico y no sólo como un asunto técnico dentro del aparato estatal. Sin duda, los desarrollos teóricos y tecnológicos en el campo de la salud constituyen un modelo hegemónico que presiona sobre las formas de institucionalización de los servicios en todos los países de occidente¹. Pero el discurso y las prácticas del modelo médico hegemónico se inscriben inevitablemente en el proceso sociopolítico que constituye los aparatos y las decisiones públicas de los Estados nacionales, al punto que, sin entender dicho proceso es muy difícil explicar las particularidades de las políticas de salud en cada país.

Incluso, puede decirse que la forma particular en la cual se organizan los servicios de salud es una muestra del proceso específico de consolidación de los Estados nacionales, como se ha podido mostrar en varios estudios realizados en países europeos². La construcción de lo que se ha denominado “lo social”

¹ Daniel M Fox. *Health Policies, Health Politics. The British and American Experience, 1911-1965*. Princeton: Princeton University Press. (1986)

² Véase por ejemplo: Hanagan, Michael & Tilly, Charles (Eds.) (1999) *Extending Citizenship, Reconfiguring States*. Lanham: Rowman & Littlefield Publishers; De Swaan, Abram (1992) *A cargo del Estado*. Barcelona: Pomarés-Corredor; Castel, Robert (1997) *Las metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del salariado*. Buenos Aires: Paidós; Skocpol, Theda (1996) *Protecting Soldiers and Mothers. The Political Origins of Social Policy in the United States*. 4th printing. Cambridge, Mass.: The Belknap Press of Harvard University Press.

y las políticas sociales de los Estados modernos, es un resultado de las formas de interacción de las fuerzas que constituyen el sistema político en su conjunto. Se relaciona, además, con la expansión de la ciudadanía y con la formación de la cultura política que sostiene la ampliación de los derechos humanos, con aquellos instituidos en 1948 como derechos económicos, sociales y culturales. Esta fue una tendencia en occidente durante el siglo XX corto del que habla Hobsbawm³. Pero no todos los países entraron por la misma vía y Colombia es un buen ejemplo de ello, como se verá en este trabajo.

El enfoque sociopolítico parte de entender las sociedades, en plural, como “múltiples redes socioespaciales de poder que se superponen y se intersectan”⁴. Estas redes constituyen “organizaciones”, esto es, “medios institucionales de alcanzar objetivos humanos”. Michael Mann propone entender las relaciones entre las redes a través de cuatro “fuentes de poder social” que se entrelazan: ideológica, económica, militar y política. Cada una de estas fuentes de poder produce formas específicas de organización de las relaciones sociales, con particularidades que se definen según las características del tipo de poder que predomina en cada fuente. Mediante una combinación de dos ejes, Mann tipifica el poder como extensivo o intensivo, y autoritario o difuso. Así, en el aparato militar, por ejemplo, el poder es intensivo y autoritario como el que más, mientras que en el ámbito económico el poder del mercado es extensivo y difuso.

Desde esta perspectiva, los cambios en las sociedades se producen por el predominio de una de las fuentes del poder social sobre las otras, resultante de la interacción en el tiempo, lo que define cierta especificidad en la organización del conjunto de las redes de poder constitutivas de la sociedad particular. Pero tal predominio no es más que una resultante. No constituye una ley ni es definitivo. Los cambios sociales provienen, con frecuencia, de los intersticios entre las organizaciones, allí donde los sujetos escapan a las fuentes de poder predominantes. En cierto sentido, la perspectiva de Mann se toca con la de Foucault, para quien los sujetos ejercen poder en cada una de las relaciones que establecen con los otros y siempre ofrecen resistencias a las intenciones de conducción externas, sean o no visibles e institucionales⁵.

³ Para Hobsbawm, el siglo XX corto comienza en 1914 con la iniciación de la Primera Guerra Mundial y termina con 1989 con la caída del muro de Berlín. En: Eric Hobsbawm (1995) *Historia del siglo XX*. Barcelona: Crítica.

⁴ Michael Mann. *Las fuentes del poder social*. I. Madrid: Alianza: (1991) 14.

⁵ Michel Foucault. “El sujeto y el poder”. En: Edgar Garavito. *Tiempo y espacio en el discurso de Foucault*. Bogotá: Carpe Diem (1991): 57-69.

Para el análisis de las reformas sanitarias, la perspectiva de las redes de poder organizadas y superpuestas permite explorar la articulación entre las políticas estatales, como las de salud y de seguridad social, y las relaciones económicas, sociales y políticas en una sociedad particular. Las políticas son, en todo caso, decisiones y acciones de Estado que se expresan en formas jurídicas, como leyes y decretos. Como tales, se inscriben en esa forma de organización del poder, el Estado, que posee tres características fundamentales: es necesariamente territorial, es centralizado respecto de ese territorio y es autoritario. Los mercados globales y complejos requieren estas formas de poder para aumentar su expansión⁶. Respecto del poder estatal, todas las redes sociales tratan de oponerse, de facilitar o de afectar su acción para obtener condiciones favorables a sus objetivos. Así, las particularidades de cada Estado nacional se construyen en medio de las relaciones conflictivas entre diferentes formas de organización de las redes sociales de poder, incluidas aquellas que adquieren una dimensión inter o transnacional.

Los estados se construyen en el conflicto entre las fuerzas sociales. Tal conflicto resulta de la relación entre diferentes órdenes posibles, contruidos, vividos e imaginados por las distintas formas de organización social⁷. Se trata entonces de conflictos normativos⁸, sustentados en relaciones sociales y económicas. En el caso de la asistencia médica moderna, los sistemas de valores se confrontan para tratar de establecer lo que se considera justo. Esto es, a qué se tiene derecho. Allí se ubican los modelos diseñados por la tecnocracia, pero siempre existen muchos más, los que los actores sociales construyen desde su propia concepción. En medio de los conflictos normativos se construyen las culturas políticas, es decir, el conjunto de estructuras simbólicas y prácticas sociales mediante las cuales se ejerce el poder. El lugar que ocupa la idea de derecho a la salud en la cultura política predominante apoya o legitima las decisiones públicas para la organización de los servicios de salud. Con todo, se producen confrontaciones permanentes entre fuerzas de conservación y de transformación encarnadas en actores sociales, lo que constituye, en un sentido amplio, el “proceso sociopolítico” de las sociedades.

⁶ Este es el argumento central de la teoría institucionalista del desarrollo planteada por Douglas North. En: Douglas North. *Instituciones, cambio institucional y desempeño económico*. México: Fondo de Cultura Económica. (1993)

⁷ Norbert Lechner. *La conflictiva y nunca acabada construcción del orden deseado*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas, Siglo XXI de España. (1986)

⁸ Sobre los “conflictos normativos” véase: Peter Berger (ed.). *Los límites de la cohesión social. Conflictos y mediación en las sociedades pluralistas. Informe de la Fundación Bertelsmann al Club de Roma*. Barcelona: Galaxia Gutenberg, Círculo de Lectores (1999). En especial: 515-545.

En la estructura de los estados modernos conviene diferenciar, desde el punto de vista político, el poder ejecutivo del poder legislativo. El primero está fuertemente ligado a un proyecto de gobierno, al cual no siempre la burocracia es favorable. El segundo se mueve en la lógica del sistema político. Esto es, el conjunto de fuerzas que pretenden afectar deliberadamente el sentido de las acciones de otros actores sociales o de la sociedad en la que se encuentran. En los órganos legislativos se expresan con facilidad buena parte de los principales actores organizados del sistema político, llámense partidos, movimientos sociales o asociaciones de clase, como sindicatos y gremios. Constituyen lo que Peter Smith denomina “instituciones intermedias” del sistema político⁹ y por ello, pueden ser una puerta de entrada para el análisis de sus conflictos¹⁰. El poder ejecutivo se comporta como un actor más, con sus propios intereses de clase, de grupo o de partido, y sus condiciones de mayor incidencia en las decisiones finales. El ejecutivo presenta y desarrolla políticas públicas o de gobierno, mientras que en el interior del legislativo se construyen políticas de Estado. Estas diferencias también son útiles para el análisis de las reformas sanitarias.

La salud puede entenderse como un “campo social” en el sentido planteado por Bourdieu. Esto es, un “estado de la relación de fuerzas entre los agentes o las instituciones que intervienen en la lucha o... la distribución del capital específico que ha sido acumulado durante luchas anteriores y que orientan las estrategias ulteriores”¹¹. Dos elementos claves estructuran un campo social: “la existencia de un capital simbólico (y material) común y la lucha por la apropiación de ese capital”. Los actores sociopolíticos del campo de la salud son todos aquellos que compiten por este capital simbólico y material al que denominan salud, y que están dotados de intereses y capacidades específicas que les permite “defender modelos de organización sectorial que supone una determinada distribución de los recursos materiales y simbólicos disponibles en él”¹². Pero no se trata solamente de los profesionales de la salud y los administradores de los recursos. Lo que está en juego es tan importante para las sociedades que habitualmente en el campo de la salud se involucran todos los actores sociopolíticos que las constituyen.

⁹ Peter Smith. *Argentina and the Failure of Democracy. Conflict among Political Elites. 1904-1955*. Madison: The University of Wisconsin Press: (1974) xv-xx.

¹⁰ De hecho, en este estudio las fuentes primarias más importantes fueron los debates desarrollados en el seno del Congreso de la República sobre los asuntos de salud y seguridad social en la primera mitad del siglo XX.

¹¹ Pierre Bourdieu. *Sociología y cultura*. México: Consejo Nacional para la Cultura y las Artes, Grijalbo: (1990) 136.

¹² Bourdieu.

Es claro que estos actores sociopolíticos se inscriben en relaciones de orden económico de diferentes tipos. En ocasiones, sus conflictos tienen que ver claramente con el plano de las relaciones económicas, como en el caso del conflicto obrero-patronal, pero no siempre son estas relaciones las que los sustentan. Para entender el conflicto entre obreros y campesinos, o entre sectores medios y obreros, o en el interior de los profesionales de la salud, es necesario superar el plano de lo económico. Aún así, los predomnios políticos también expresan predomnios en el orden económico. Aunque pueda hablarse de la existencia de las clases sociales, como clases “en sí”, es poco frecuente que los grupos sociales logren tanta cohesión interna como para alcanzar la solidez ideológica que implica el concepto de “conciencia de clase”. Por esta razón, he preferido hablar de “actores sociopolíticos”.

La salud en Colombia entre 1910 y 1929: la caridad es la clave

Al comenzar el siglo XX, los problemas de salud se resolvían por tres vías en Colombia: la práctica de los médicos profesionales, la beneficencia privada administrada especialmente por la Iglesia Católica y las prácticas médicas populares. Apenas comenzaba a formarse el sector de la higiene dentro del aparato estatal. La primera atendía a todo el que pudiera pagar, mientras las otras dos atendían las necesidades de los pobres, sin duda, la mayoría de la población. Los ricos pagaban sus servicios, pero también ejercían un papel redistributivo a través de la caridad cristiana administrada por la Iglesia. El “hospital de caridad” era el emblema de este modelo, y en él se prestaban los servicios de alojamiento y comida, junto con algunos servicios de salud y de “bien morir” para los indigentes. Pero las instituciones de beneficencia no eran sólo hospitales. Incluían asilos para indigentes y locos, orfanatos, ancianatos y todo tipo de casas y comedores comunales. Es decir, era el mecanismo por excelencia para la asistencia y, de paso, el control de los pobres. Tampoco de todos los pobres. Sólo los “de solemnidad”, es decir, los venidos a menos por voluntad de Dios o del destino, cristianos y gente de bien, que debían diferenciarse de los delincuentes¹³.

El sistema político colombiano estaba, en ese momento, totalmente dominado por los dos partidos tradicionales, policlasistas y cuasi-familiares, ya consolidados desde el siglo anterior. El conflicto entre los partidos que condujo a la Guerra de los Mil Días, sólo se terminó de resolver con el pacto bipartidista

¹³ Alberto Lleras Camargo. *Memorias*. Santafé de Bogotá: Banco de la República, El Áncora (1997): 128; Mauricio Archila (1991). *Cultura e identidad obrera. Colombia 1910-1945*. Santafé de Bogotá: CINEP (1991): 385-392.

que puso en la presidencia al empresario antioqueño Carlos E. Restrepo en 1910. Se hablaba de “Republicanismo” y se tenía la clara intención de “modernizar” el país para incorporarse al comercio mundial de una vez por todas¹⁴. En este esquema, la Iglesia sería el aliado fundamental, en tanto se ocupaba de los pobres o de “lo social”, mientras el Estado estimulaba la inversión y el comercio con sus políticas de liberales en economía¹⁵.

Para los benefactores de la Beneficencia se trataba también de una inversión. En esta condición se encontraban conservadores y liberales de todos los sectores económicos. “Los miembros de las Juntas de Beneficencia serán designados entre las personas más honorables por su competencia y posición, residentes en el municipio, y se preferirá, en igualdad de circunstancias, a los benefactores del ramo”, ordenaba la Junta General de Beneficencia en 1915¹⁶. El prestigio local se sostenía con la cantidad de las donaciones anunciadas por los curas en los púlpitos. La injerencia política también se relacionaba con la medida de su generosidad. Quien más aportaba obtenía un mejor asiento en la Junta de Beneficencia y podría aspirar a otro tipo de cargos públicos locales y hasta nacionales. Las Juntas estaban compuestas por el Gobernador o el alcalde, en el caso de ciudades grandes, un representante del jerarca eclesiástico regional¹⁷, uno o dos miembros de la Asamblea Departamental o del Concejo y, con frecuencia, un médico reconocido de la región¹⁸. La relación entre párrocos y clase dirigente local debía ser de la mejor calidad, dado que el poder de aquellos era suficientemente grande como para marcar el destino del

¹⁴ Jorge Orlando Melo. “De Carlos E. Restrepo a Marco Fidel Suárez. Republicanismo y gobiernos conservadores”. En: Álvaro Tirado Mejía (Dir.) *Nueva Historia de Colombia*. Tomo I. Bogotá: Planeta (1989): 215-242.

¹⁵ Charles Bergquist. *Café y conflicto en Colombia, 1886-1910*. Medellín: FAES (1981): 292-301; Jesús Antonio Bejarano. “El despegue cafetero (1900-1928)”. En: José Antonio Ocampo (Comp.). *Historia económica de Colombia*. 4ª ed. Santafé de Bogotá: Tercer Mundo, Fedesarrollo (1994): 173-207.

¹⁶ Colombia, Departamento de Cundinamarca, Junta General de Beneficencia. *Codificación de las disposiciones sobre beneficencia pública. Edición oficial dirigida por la Junta General del ramo. 1913-1919*. Bogotá: Imprenta del Departamento de Cundinamarca (1919): 24.

¹⁷ En la legislación de la Junta General de Beneficencia se ordena en 1916: “En los lugares en donde hubiere Junta Municipal de Beneficencia, el Cura Párroco será miembro nato de ella, y como tal tendrá voz en las deliberaciones de dicha junta”. *Ibid.*: 36.

¹⁸ Sobre las características de las juntas departamentales de beneficencia, véanse los informes de los directores departamentales de higiene en: Colombia, Junta Central de Higiene (1917) “Direcciones Departamentales de Higiene”. *Revista de Higiene*, VIII (103-105), noviembre: 253 y ss.

dirigente en el poder local o regional¹⁹. Con todo, la beneficencia era la forma de articulación de la Iglesia al dominio bipartidista del sistema político, desde lo local hasta lo nacional, y sostenía una política social ligada a la caridad, funcional al modelo liberal del republicanismo.

Entre tanto, crecía un proyecto de modernización liderado por un grupo de médicos prestantes, formados en la medicina de laboratorio europea y norteamericana, que fue consolidando su propio nicho institucional en el aparato Estatal. Se trata de la Higiene, pública y privada. Un sector que fue pasando de ser una Junta Central con escaso poder a un Departamento técnico dentro del Ministerio de Instrucción Pública. La Higiene se ubicó en el proyecto de la inserción a la economía mundial a través del café y se convirtió en punta de lanza de las relaciones entre economía cafetera y de explotación de recursos naturales con las grandes empresas norteamericanas y los grupos de propietarios locales. La alianza entre higienistas, la Fundación Rockefeller y los propietarios de tierras cafeteras ha sido bastante documentada²⁰.

La higiene estaba también inscrita en el proyecto positivista de la redención de los pueblos a través de la ciencia y significaba progreso en varios sentidos: ofrecería brazos para el motor de la economía, mejoraría la raza y transformaría las mentes²¹. Desde las campañas de erradicación de las enfermedades, la higiene prometía la superación de todos los males mientras expandía su radio de acción. En ocasiones chocaba con el aparato de atención en manos de la beneficencia, pero los médicos se encargarían de mantener los escenarios de trabajo en su lugar. Incluso, los higienistas presentaron un proyecto de ley para integrar la higiene y la asistencia pública para los pobres, a cargo del Estado

¹⁹ Christopher Abel. *Política, iglesia y partidos en Colombia*. Bogotá: FAES, Universidad Nacional de Colombia (1987): 81-83. También: Fernán González. *Partidos políticos y poder eclesiástico*. Bogotá: CINEP. (1977)

²⁰ Mónica García y Emilio Quevedo. "Uncinariasis y café: los antecedentes de la intervención de la Fundación Rockefeller en Colombia: 1900-1920". *Biomédica*, 18 (1), marzo (1998): 5-21.

²¹ Néstor Miranda; Emilio Quevedo y Mario Hernández. (1993) *Medicina (2). Historia Social de la Ciencia en Colombia*. Tomo VIII. Santafé de Bogotá: Colciencias (1993); Emilio Quevedo. "¿Políticas de salud o políticas insalubres? De la higiene a la salud pública en Colombia en la primera mitad del siglo XX". En: Guerrero, Javier (Comp.) *Medicina y salud en la historia de Colombia*. Tunja: Universidad Pedagógica y Tecnológica de Tunja, Archivo General de la Nación, Asociación Colombiana de Historiadores (1997): 141-162; Zandra Pedraza. *En cuerpo y alma: visiones del progreso y de la felicidad*. Bogotá: Universidad de los Andes (1999): 109-91; Javier Sáenz; Óscar Saldarriaga; Armando Ospina. *Mirar la infancia: pedagogía, moral y modernidad en Colombia, 1903-1946*. 2 tomos. Medellín: Foro Nacional por Colombia, Uniandes, Universidad de Antioquia. (1997) En especial, tomo 2.

que llegó a ser ley en 1925, aunque sólo en el papel²². En todo caso, tanto la beneficencia como la higiene favorecían la idea de un pueblo pasivo que debería ser educado y atendido, como a un hijo en formación. La hacienda predominaba y las relaciones paternalistas entre patrón y peones parecían incuestionables²³.

Los médicos en este período constituían una *elite* de miembros de las familias ricas de los dos partidos y se presentaban como benefactores natos que prestaban sus servicios sin “distingo de raza ni partido”²⁴. Tanto por la caridad cristiana que la mayoría profesaba, como por la ética hipocrática que sostenía su labor, los médicos se sentían distribuidores naturales de los beneficios de la ciencia para toda la población²⁵. Así, trabajaban en las mañanas en un hospital de caridad, en las tardes en sus consultorios y clínicas y, los más prestantes, desarrollaron sus propias instituciones de beneficencia o participaron en la modernización higienista. Los enemigos del momento eran sólo los “teguas”, denominación en la que cabía todo aquel que no mostrara un título universitario para ejercer la profesión. Por esto demandaron del Estado, y lo obtuvieron siempre, formas de control del ejercicio profesional que descartara a sus eternos enemigos²⁶.

Pero tanto la beneficencia, como la higiene y el ejercicio profesional confluían en una forma de organización de los servicios que separaba la salud de los ricos de la de los pobres, se apoyaba en la caridad cristiana para los segundos y dejaba al Estado la modernización higienista como su principal función en este campo. Todo apoyado en las haciendas y en el proyecto liberal de un sistema político copado por los partidos tradicionales.

El reto político a este modelo provino de la transformación económica y social propiciada por la modernización misma. Esto es, la irrupción de los obreros en la década del 20. La economía cafetera significó un proceso de transformación nunca antes visto en el país²⁷, y con ella, la llegada de los obreros y de las corrientes de pensamiento comunista y socialista, en expansión

²² Ley 15 de 1925 (enero 31) “sobre higiene social y asistencia pública”. *Leyes Autógrafas*, 1925: Tomo II, folios 110-163.

²³ Fernando Guillén Martínez. *El poder político en Colombia*. 2ª ed. Santafé de Bogotá (1996): Planeta.

²⁴ Arturo Campo Posada. *Una vida, un médico*. Bogotá: Fondo Cultural Cafetero. (1982)

²⁵ Juan N Corpas. (1926). “Discurso pronunciado el día 19 de marzo de 1926, fiesta del Hospital de San José”. *Repertorio de Medicina y Cirugía*, XVII (7), abril: 365-367.

²⁶ Eliseo Montaña. “Intereses profesionales. Reglamentación de la Medicina Homeopática”. *Repertorio de medicina y Cirugía*, XVII (2), noviembre: 66-76; Colombia, Dirección Nacional de Higiene (1921) Ley 67 de 1920 (noviembre 11) por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión médica. *Revista de Higiene* (Bogotá), IX (121-123), febrero (1925): 646-647.

²⁷ William P Mc. Greevey. *Historia económica de Colombia. 1845-1930*. 5ª ed. Bogotá: Tercer Mundo (1989); Jesús Antonio Bejarano. “El despegue... Op. Cit. (1994).

desde el final de la Gran Guerra²⁸. La alianza entre izquierdas nacientes y movimiento obrero se consolidó en ciertos sectores, como el transporte, fluvial y ferroviario, obras públicas y algunos trabajadores del Estado. Pero esta alianza nunca logró la unidad del movimiento obrero, ni arrebatarle al bipartidismo el predominio en la cultura política de los obreros²⁹. Aún así, las demandas crecientes y la confrontación progresiva³⁰ se tradujo en un vaivén entre la represión y el desarrollo de una legislación escasa y con poco efecto, a pesar de la cantidad de proyectos de ley presentados en esta década por sectores del socialismo, del liberalismo y del conservatismo³¹. En el terreno de los accidentes de trabajo se optó por el establecimiento de un seguro a cargo de los patronos desde 1915³². Pero el fundamento de esta corta legislación, aunque resultara innovadora para el país, era el de un pensamiento liberal que se protegía de los problemas que podría ocasionar un número excesivo de trabajadores accidentados que exigieran indemnizaciones impagables. Las empresas más pequeñas eludieron sistemáticamente estas normas y, las grandes, comenzaron a adquirir seguros con aseguradoras privadas en expansión, especialmente, la Compañía Colombiana de Seguros. Aún predominaba un modelo patronal que dejaba en manos del empresario las reglas de juego para la protección laboral.

La salud en la coyuntura crucial de 1930 a 1938: Muchas lógicas para la incorporación

La crisis de 1929, la depresión posterior y las demandas de los obreros y los empleados del Estado, ahora desempleados, llevó a la caída de la hegemonía conservadora³³. Y con ella, apareció el apoyo popular a una propuesta del Partido Liberal poco clara. La idea central era ofrecer

²⁸ Medófilo Medina. *Historia del Partido Comunista de Colombia*. Tomo I. Bogotá: Centro de Estudios e Investigaciones Sociales. (1980)

²⁹ Mauricio Archila. *Cultura e identidad obrera. Colombia 1910-1945*. Santafé de Bogotá: CINEP (1991); Daniel Pecaut. 1982) *Política y sindicalismo en Colombia*. 2ª ed. Bogotá (1982): La Carreta; Miguel Urrutia *Historia del sindicalismo en Colombia*. 3ª ed. Bogotá (1978): La Carreta.

³⁰ Ignacio Torres Giraldo (1978) *Los inconformes: la rebeldía de las masas en Colombia*. Vol. 3. Bogotá (1978): Margen Izquierdo.

³¹ Al respecto, en la tesis que sirve de base a esta ponencia se describen los debates sobre estos proyectos frustrados. Ver capítulo 1.

³² Ley 57 de 1915 (noviembre 15) "sobre reparaciones por accidentes del trabajo" *Leyes Autógrafas*, 1915: Tomo IV, folios 312-380.

³³ José Antonio Ocampo "Crisis mundial y cambio estructural (1929-1945)". En: José Antonio Ocampo (Comp.) *Historia económica...* Op. Cit. (1994): 209-242; Vernon Lee Fluharty *La danza de los millones, Régimen militar y revolución social en Colombia (1930-1956)*. 3ª ed. Bogotá (1981): El Ancora.

soluciones desde la legislación y el aparato estatal para una crisis innegable y con pocas perspectivas de solución con las viejas medidas del *laissez-faire*³⁴. Pero las soluciones no provinieron sólo de los liberales. Los conservadores, jóvenes simpatizantes del nacional-socialismo alemán e italiano, también abanderaron propuestas en el Congreso. Todos parecían coincidir en la necesidad de darle al Estado un papel protagónico y todos pretendían incorporar a sus filas a las masas de desempleados y pobres, ahora ya no tan pasivos y no tan cubiertos por la beneficencia³⁵.

Pero del lado de las “masas” no parecía haber mucha unidad. La tendencia fue hacia la diferenciación de escenarios, actores y conflictos. Por un lado, los campesinos ubicados en las tierras de producción cafetera emprendieron una lucha por la tierra de nunca acabar, que los fue alejando del resto del movimiento obrero³⁶. En medio de la lucha, los grandes propietarios fueron pasando al control del comercio internacional, punto de control de la economía cafetera³⁷, y lograron desarrollar su propia alternativa de solución a las demandas campesinas. Esto es, un programa social que incluía servicios de salud para campesinos cafeteros y que se fue convirtiendo en todo un para-Estado, con apoyo y delegación explícita del Estado nacional³⁸. El ideal del campesino propietario autosuficiente, emprendedor y exitoso, parecía estar cerca, mientras aumentaban la infraestructura y los servicios en las zonas cafeteras más productivas³⁹.

³⁴ Alfonso López Pumarejo “Discurso de aceptación de la candidatura presidencial ofrecida por la Convención Nacional del Liberalismo”. En: Jorge Mario Eastman (Comp.) *López Pumarejo. Obras Selectas*. Col. Pensadores Políticos Colombianos. Tomo X. Bogotá: Cámara de Representantes (1933): 75-82.

³⁵ Al respecto véase el capítulo 2 de la tesis que sustenta la ponencia. Para un ejemplo de este tipo de proyectos desde diferentes posiciones políticas, véase: Colombia, Cámara de Representantes (1930) Proyecto de ley “por la cual se provee al sostenimiento de las personas sin trabajo”, *Anales de la Cámara de Representantes*, sábado 4 de octubre, Serie 3ª, N° 62: 462-463; Colombia, Cámara de Representantes (1931) Proyecto de ley “de seguros para los desocupados”, *Anales de la Cámara de Representantes*, martes 28 de abril, sesiones extraordinarias, Serie 10ª, N° 248: 1929-1930; Colombia, Cámara de Representantes (1931) Proyecto de ley “sobre fijación de un subsidio del Estado a los sin trabajo”. *Anales de la Cámara de Representantes*, jueves 30 de julio, Serie 1ª, N° 9: 52.

³⁶ Charles Bergquist. *Los trabajadores en la historia latinoamericana. Estudios comparativos de Chile, Argentina, Venezuela y Colombia*. Bogotá: Siglo XXI (1988): 327-437

³⁷ Marco Palacios. *El café en Colombia. 1850-1970. Una historia económica, social y política*. 2ª ed. México: El Colegio de México; El Áncora (1983): 509-537.

³⁸ Daniel Pécaut *Orden y Violencia: Colombia 1930-1954*. Vol I. Bogotá: Siglo XXI (1982): 117-118.

³⁹ Federación Nacional de Cafeteros (1934) Resoluciones acordadas por el VI Congreso Cafetero. *Revista Cafetera de Colombia*, 6 (63-66), julio-septiembre: 1896-900. En especial, Art. 8, p. 1894.

Por otro lado, estaba la separación progresiva de los obreros y los empleados, tanto del sector público como del sector privado. Los empleados pretendían diferenciarse de los obreros por la condición intelectual de su labor, más apreciable que la labor manual de los obreros⁴⁰. Los empleados se declaraban más cercanos a los partidos tradicionales y acusaban a los obreros de comunistas y extremistas. Eran la “clase media” que defendían Julio César Turbay Ayala, el joven líder liberal que llegaría a la Presidencia de la República 40 años después, y don Enrique Santos, “Calibán”, desde su columna de *El Tiempo*, el periódico liberal de reconocida presencia nacional⁴¹. Con los recursos del clientelismo, estos “sectores medios” lograron su propia legislación específica, la ley 10 de 1934, con el apoyo de diferentes actores de los dos partidos, en especial, del líder liberal Jorge Eliécer Gaitán, quien avanzaría más tarde en el primer intento de populismo frustrado en Colombia. Los empleados impulsaron también la ley de cooperativas, como una forma de promoción del consumo y del ahorro del trabajador para lograr, algún día, “la independencia económica, base esencial de toda independencia”⁴².

Los obreros, entre tanto, se dividían en comunistas, liberales lopistas, liberales santistas y conservadores católicos⁴³, y lograban poco en medio de un Congreso supuestamente dominado por la corriente liberal reformista, en ausencia de la oposición conservadora en ese escenario. La propuesta de unas reformas de todo el aparato estatal, como se demandaba de la Reforma Constitucional de 1936, en medio de este panorama, tuvo sus límites y no pasó de enunciar las bases de un Estado interventor restringido. Aunque la oposición de los grandes propietarios y de la Iglesia sin duda jugó su papel⁴⁴, la propuesta liberal tampoco iba hacia una reforma radical⁴⁵. En ese contexto, se enuncia el

⁴⁰ Documento inédito: Memorial de los empleados del Ministerio de Gobierno al Presidente del Senado. Bogotá, septiembre 13 de 1934. En : Ley 10 de 1934 (noviembre 20) “Sobre pérdida y rehabilitación de derechos políticos y por la cual se establecen algunos derechos a los empleados”. *Leyes Autógrafas*, Tomo II, 1934, Folios 256-257.

⁴¹ Julio César Turbay Ayala. “La Confederación de la clase media” *El Tiempo*, jueves 1º de julio: 5; *El Tiempo*, sábado 9 de julio de 1932: 4; *El Tiempo*, jueves 21 de julio de 1932 (1937): 4.

⁴² Colombia, Cámara de Representantes (1930) Proyecto de ley sobre reglamentación de las sociedades cooperativas y se crea la Unión Cooperativa Nacional. *Anales de la Cámara de Representantes*, viernes 25 de julio, Serie 1ª, N° 5: 21-27.

⁴³ Medófilo Medina: 256-260.

⁴⁴ Álvaro Tirado Mejía. *Aspectos políticos del primer gobierno de Alfonso López Pumarejo, 1934-1938*. Bogotá: Procultura, Instituto Colombiano de Cultura. (1981).

⁴⁵ Carlos Lleras Restrepo (1975) *Borradores para una historia de la República Liberal*. Tomo I. Bogotá (1975): Nueva Frontera; Gerardo Molina. *Las ideas liberales en Colombia. 1915-1934*. 2ª ed. Tomo II. Bogotá (1978): Tercer Mundo.

concepto de “asistencia pública” como la obligación del Estado frente a los indigentes, más allá de la beneficencia, pero todavía en el ámbito de la caridad⁴⁶. En todo caso, con la intención de darle herramientas al Estado para ejercer la intervención, en 1938 se crea el ministerio de Economía, con la fusión de los de Agricultura y de Industrias, y el de Trabajo, Higiene y Previsión Social. Así, la política económica y la política social irían de la mano, para fortalecer el capital de manera integral y contener las demandas sociales desde el ejecutivo. Pero esta integración nunca ocurrió.

Frente a las demandas obreras aparecían varias opciones basadas en los modelos ya explorados en diferentes países, que iban desde el modelo patronal hasta la seguridad social, pasando por el ahorro individual, lo que implicó un intenso debate. Hacia 1936, la decisión estaba prácticamente tomada. Colombia entraría en la ola de los seguros, pero con el modelo del ahorro individual, en nada solidario, y ampliamente defendido por los empleados del Estado y del comercio, apoyados en líderes de los dos partidos tradicionales. Los obreros izquierdistas y el tan temido Partido Comunista no aparecieron en este escenario, supuestamente liberal progresista. Sólo la intervención de un grupo de técnicos de la Organización Internacional del Trabajo devolvió la decisión al seno del Congreso, para repensar la necesidad de establecer un seguro social que permitiera el funcionamiento de mecanismos de solidaridad entre generaciones y entre clases sociales⁴⁷.

La Higiene y la beneficencia seguirían juntas, pero no revueltas. Cada una se desarrolló con total autonomía. Aunque la idea de pasar de la beneficencia a la asistencia pública comenzó a ponerse en práctica en un aparato del ejecutivo, el poder regional que la Iglesia ejercía a través de la beneficencia era tal que el control estatal era un simple enunciado⁴⁸. La higiene fue más allá de las campañas de erradicación para presionar hacia formas de integración de los

⁴⁶ José Gnecco Mozzo. *La Reforma Constitucional de 1936. Comentario jurídico al Acto Reformatorio de la Constitución*. Bogotá, ABC, 1938.

⁴⁷ Ernest Hernstadt. Informe elaborado por el Consultor Técnico del Ministerio de Industrias y Trabajo, en relación con el estudio de la ley 66 de 1936, “por la cual se establece el ahorro obligatorio de los empleados y obreros y se crea la Sección de Ahorro y Previsión Social”, y con la preparación técnica de funcionarios que intervengan en las cuestiones sociales. En: Colombia, Ministerio de Industrias y Trabajo (1936) *Memoria del Ministro de Industrias y Trabajo al Congreso Nacional en sus sesiones ordinarias de 1936*. Bogotá: El Gráfico(1936): 427-432.

⁴⁸ Colombia, Presidencia de la República (1932) Decreto número 593 de 1932 (abril 1º) “por el cual se reglamenta la inspección de los establecimientos de higiene, beneficencia y asistencia pública”. *Diario Oficial*, miércoles 6 de abril de 1932: 49-50; Ley 93 de 1938 (junio 11) “sobre vigilancia de instituciones de utilidad común”. *Leyes Autógrafas*, 1938: tomo 11, folios 95-290.

servicios preventivos y curativos a través de los Centros Mixtos de Salud en las áreas más prósperas de la economía, con la colaboración de la Oficina Sanitaria Internacional y la Fundación Rockefeller. Esto ayudó a la concentración de recursos en las zonas más ricas y productivas, en especial, las del café⁴⁹.

Con todo, puede decirse que en Colombia, en medio de la máxima expansión de la intervención del Estado nacional para una incorporación deliberada de las masas, apenas se esbozó la idea de la caridad a cargo del Estado para los pobres, la asistencia pública, y se inició la organización de algún tipo de respuesta social específica para el nuevo sector social constituido por los trabajadores, pero de manera fragmentada y poco solidaria.

Entre tanto, los médicos pasaban de ser *elite* a ser uno de los grupos de mayor presión de los sectores medios profesionales. Se asociaron con dificultad para comenzar a defender su condición de profesionales libres y para exigir del Estado un mayor control de sus nuevos enemigos⁵⁰. Al lado de los teguas aparecieron dos nuevos fantasmas para los médicos: las medicinas de patente, que promovían la automedicación por medio de la propaganda que ellos mismos facilitaban; y la socialización de la medicina, ese monstruo de la burocratización de la práctica médica que iba en contra de la ética hipocrática y de la libertad para el buen ejercicio profesional. Así que el problema de los médicos no estaba en la universalización de los servicios. Seguirían pensando que su ética hipocrática funcionaría bien como mecanismo de redistribución de los beneficios de la ciencia moderna. Puede decirse que la lucha del gremio médico se concentró en obtener del Estado, al igual que otros sectores de obreros y empleados, condiciones para el libre ejercicio profesional. Desde su perspectiva liberal, la intervención del Estado debería ser selectiva y diferenciada. Por un lado, hacer que los que pudieran pagar no llegaran a los hospitales de caridad. Por otro, obligar a los empresarios a pagar por sus servicios cuando se tratara de trabajadores enfermos o accidentados. Y, finalmente, controlar a los competidores en el mercado de los servicios privados, bien fueran teguas, homeópatas, boticarios o médicos extranjeros⁵¹. En resumen, los médicos pretendían legalizar las diferencias de atención para ricos, para trabajadores y para pobres, que venía dándose desde tiempo atrás.

⁴⁹ Colombia, Departamento Nacional de Higiene. *Informe general del Director del Departamento Nacional de Higiene al Ministerio de Educación*. Bogotá: El Gráfico (1937): 98-100.

⁵⁰ Academia Nacional de Medicina. Nota editorial. *Revista Médica de Bogotá*, XLIII (6), octubre 15 (1933): 374-5.

⁵¹ Al respecto véase el extenso estudio preparado por la Academia Nacional de Medicina sobre la salud en Colombia por solicitud del presidente López Pumarejo en: *Revista Médica de Bogotá*, vol. XLIV, números 2, 3 y 4, de junio, julio y agosto de 1934.

La legalización de una fractura: 1939-1946

La fracción santista del liberalismo llega al gobierno para corregir los visos izquierdistas de la propuesta lopista. El modelo ideal fue el de un Estado neutro, apoyado en la tecnocracia y dispuesto a dirimir el conflicto obrero-patronal para convertirlo en una alianza entre clases. Sólo así podría incursionarse en la industrialización y en el desarrollo económico⁵². La Segunda Guerra Mundial también jugó su papel. En primer lugar, por el deliberado acercamiento del presidente Santos al bando aliado y a la política del Buen Vecino de Estados Unidos⁵³. En segundo lugar, por el impacto de las transformaciones del comunismo internacional sobre la izquierda nacional en medio de la guerra y su búsqueda de alianzas estratégicas internas⁵⁴.

Los trabajadores profundizaron sus divisiones mientras la izquierda se debatía entre la alianza con el ala lopista del Partido Liberal y una posición más radical según las indicaciones del comunismo internacional. Cada sector fue ganando sus propios beneficios en la arena política del legislativo y con la combinación de estrategias que cada momento imponía. Confrontación directa, control de la contratación, alianzas con líderes de los partidos en coyunturas electorales. Otra vez, los empleados públicos por un lado, los empleados del sector privado, por otro, y los obreros, también divididos⁵⁵.

Entre tanto, los cafeteros seguían ampliando sus servicios y alejándose de las demandas urbanas⁵⁶. El café se consolidaba como el eje de la economía, aunque ya se iniciaba una política de apoyo estatal a la industrialización. La beneficencia afianzaba su poder regional y local incuestionable basado en la caridad. Los higienistas, por su parte, se dedicaron a buscar su propio aparato técnico, lejos del conflicto politiquero de “lo social”, para ejercer por fin su papel modernizador. Por un proceso legislativo independiente de los debates sobre seguridad social y con el apoyo del Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública establecido en el marco de la política norteamericana del Buen

⁵² Gerardo Molina. *Las ideas liberales en Colombia. De 1935 a la iniciación del Frente Nacional*. Tomo III: Tercer Mundo (1977) 124-125; Germán Arciniegas, Eduardo Santos. En: Álvaro Tirado Mejía. (Dir.) *Nueva Historia...* Op. Cit., Tomo I (1989): 349-372.

⁵³ David Bushnell (1984) *Eduardo Santos y la política del Buen Vecino*. Bogotá (1984): El Áncora.

⁵⁴ Medófilo Medina.

⁵⁵ Para una ampliación de estos procesos véase el capítulo 3 de la tesis mencionada.

⁵⁶ Federación Nacional de Cafeteros (1942) Acuerdos, resoluciones y proposiciones del XII Congreso Nacional de Cafeteros. *Revista Cafetera de Colombia*, 8 (109), mayo: 2875-2886; Federación Nacional de Cafeteros (1948) La Campaña de Higiene y Sanidad Rural Cafetera de la Federación. *Revista Cafetera de Colombia*, 8 (116), enero: 3353-3372.

Vecino, los higienistas por fin lograron su cometido con la creación del Ministerio de Higiene por la Ley 27 de 1946⁵⁷. Los médicos intentaban incorporar el modelo del “hospital moderno”⁵⁸, apoyado en alguna forma de financiación que no limitara la práctica privada⁵⁹, mientras se oponían sistemáticamente a cualquier estrategia de “socialización” de la salud, en especial, a la idea del seguro social universal.

Cuando se volvió a discutir la idea del seguro social a mediados de los cuarenta, las divisiones imperaron. En la legislatura de 1945 las viejas alianzas entre sectores de trabajadores, la izquierda y el lopismo se concretaron en la Ley 6ª de 1945, mediante la cual se estableció una especie de código del trabajo que recogía toda la legislación dispersa en este campo, sin avanzar mucho en los asuntos de la seguridad social. Por el contrario, fortalecía los mecanismos de control sindical. Del ahogado, el sombrero. Sólo un sector obtuvo la institucionalización de sus propias demandas. Este fue el de los trabajadores del Estado en el nivel nacional, con la inclusión, en último momento y gracias al liderazgo del liberal reformista Diego Montaña Cuéllar, de la creación de una Caja Nacional de Previsión, encargada de administrar los recursos del seguro de salud y de pensiones de estos trabajadores⁶⁰. Una perspectiva restringida de la seguridad social seguía sustentando estas decisiones, sin que avanzaran las opciones más incluyentes y universalistas.

En el debate sobre la creación del seguro social, el cálculo sistemático de riesgos y beneficios por parte de todos los actores del sistema político se puso aún más en evidencia⁶¹. Los grandes propietarios ubicaron su propio asesor en el seno del Congreso, para evitar mayores costos de producción y excluir a los

⁵⁷ Colombia, Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social (1943) *Memoria del Ministro de Trabajo, Higiene y Previsión Social, Arcesio Londoño Palacio, al Congreso de 1943*. Bogotá: Imprenta Nacional: 347-370.

⁵⁸ Colombia, Departamento Nacional de Higiene (1940) Primer Congreso Latinoamericano de Hospitales. *Revista de Higiene*, 21 (1-2), enero-febrero: 117-121.

⁵⁹ Asociación Colombiana de Hospitales (1942) Estatutos de la Asociación Colombiana de Hospitales. *Revista de Higiene*, 23 (2-3), febrero-marzo: 66-68; Colombia, Cámara de Representantes (1945) Proyecto de ley “que crea la organización hospitalaria nacional”. *Anales del Congreso*, viernes 23 de noviembre, 1 (83): 2221-2222; Colombia, Cámara de Representantes (1946) Proyecto de ley “por la cual se organiza la higiene y la asistencia social en la Nación”. *Anales del Congreso*, viernes 13 de septiembre, 2 (46): 617-618.

⁶⁰ Colombia, Cámara de Representantes (1944) Acta de la sesión vespertina del día miércoles 6 de diciembre de 1944. *Anales de la Cámara de Representantes*, jueves 7 de diciembre, Serie Iª, N° 33: 422-427

⁶¹ El seguimiento del debate que condujo a la aprobación del proyecto que creó el Instituto Colombiano de Seguros Sociales (Ley 90 de 1946) se presenta con detalle en el tercer capítulo de la tesis mencionada.

sectores que ya tenían solucionadas las demandas obreras por la vía patronal con menores gastos. Y lo lograron. Por fuera quedaron los sectores cafetero y minero y varios grupos de industriales, comerciantes y banqueros. Los trabajadores sindicalizados intentaron al final ser excluidos, cuando percibieron una disminución de los derechos adquiridos con el nuevo sistema. Pero no lo lograron, porque ya su alianza estratégica con el lopismo llegaba a su fin, mientras el Estado neutro aplicaba toda la legislación para limitar la capacidad de presión de los sindicatos liberales y de izquierda, para favorecer al sindicalismo cristiano. Los médicos se opusieron sistemáticamente. Pero ya no eran la *elite* de viejos tiempos. Una vez aprobado el seguro social restringido, entraron a negociar su lugar para no caer en la vil burocratización.

El resultado fue, entonces, un proceso rápido de legalización de una fractura originaria en los servicios de salud en Colombia, para crear instituciones que se encargarían de la atención de los pobres, de los trabajadores por sectores de presión y de los ricos. Entre tanto, la inconformidad social crecía y se inclinaba hacia los dos polos por las vías menos controladas: el populismo gaitanista y la ultraderecha laureanista. Ambas corrientes acudían a los sectores más populares del campo y la ciudad, y a los elementos más atávicos de la cultura política colombiana: la lucha antioligárquica y la identidad católica. Pero aquí comenzaba otra historia, signada por la palabra violencia.

¿Por qué persiste, entonces, la fragmentación?

Una respuesta que dé cuenta del conjunto de relaciones de poder involucradas debe avanzar por planos de explicación. En primera instancia, detrás de la fractura de la organización de los servicios de salud se encuentra *el predominio de un modelo liberal de desarrollo*, en el cual el Estado ha intervenido en la economía y en las relaciones sociales para tratar de crear las condiciones necesarias para el crecimiento del capital, entendido como el motor de la economía. El eje de esa economía fue y siguió siendo el café, controlado por propietarios y comerciantes nacionales. En este modelo, las demandas colectivas crecieron con la población y con la complejización de las relaciones al ingresar al mundo industrializado. Pero más que tratar de integrar dichas demandas por la vía del Estado, se optó por legalizar y legitimar las diferentes formas que el mercado venía organizando a medida que se incursionaba en el capitalismo industrial. Cada sector obtuvo lo que la fuerza de sus adversarios permitía, sin lograr colectivizar los beneficios más allá de sus propias demandas y, a veces, menos que eso. La incursión al capitalismo mundial se hizo en estrecha interacción con el polo económico norteamericano, con lo cual el referente de Estados Unidos resultó inevitable, aunque no suficiente.

Detrás de este modelo predominante se encuentra una forma particular de *Estado mínimo en el campo de lo social*. Este Estado se construyó a partir de una correlación específica de las fuerzas sociopolíticas involucradas en el proceso. Estas fuerzas se encontraron en el seno de un *sistema político* que venía organizado en *dos partidos tradicionales* de asociación multclasista, jerarquizados, excluyentes y de larga duración. Este sistema previo logró resistir, sin cambios profundos, a todos los embates provenientes de tres frentes: la complejización de las demandas sociales, la insuficiencia de las respuestas colectivas y las nuevas fuerzas políticas. Los partidos tradicionales ubicaron sus diferencias en terrenos como el papel de la Iglesia Católica y el grado de aceptación del espectro político mundial, pero no en los fundamentos respecto del lugar del Estado en la economía y en las relaciones sociales. Pero, si bien es cierto que la Iglesia fue objeto de confrontación entre los partidos tradicionales, su papel en el campo de la beneficencia nunca fue cuestionado. Por el contrario, su poder extenso y difuso en Colombia contribuyó a la aceptación de la caridad como la opción redistributiva por excelencia. Los ideales del Estado neutro y la colaboración entre clases fueron ganando terreno, a pesar de los momentos de mayor polarización y de las tensiones entre la Nación y las regiones para el sostenimiento del poder partidista. Así, los servicios sociales se limitaron, predominantemente, con base en los costos de producción de los empresarios y no en la magnitud de las necesidades de la población.

La escasa confrontación del bipartidismo resulta, a su vez, de las características de cada una de las grandes fuerzas sociopolíticas involucradas: en primer lugar, un *movimiento obrero dividido*, poco autónomo respecto de los mismos partidos, progresivamente comprometido con el usufructo máximo del modelo liberal. Obreros, campesinos y sectores medios se diferenciaron cada vez más en su composición, sus utopías, sus estrategias y sus demandas sobre los servicios de salud. Cada sector planteó retos al sistema político que fueron resueltos mediante relaciones y soluciones diferentes. Se produjo así una incorporación al sistema político sin cambios institucionales profundos. Detrás de este mapa de sectores sociales aparece una industrialización lenta derivada del *predominio del sector agroexportador cafetero*, que sustentó la centralidad política de este gremio. Por esta característica, durante medio siglo XX en Colombia, el proceso de salarización del que habla Castel apenas comenzó⁶². Los sectores medios entraron en la lógica de un Estado clientelista, sustento del bipartidismo, de manera que tampoco construyeron una relación de base salarial estable y profunda. En todo caso, grandes sectores de la población

⁶² Robert Castel. (1997) *Las metamorfosis...* (1997): 325-387.

canalizaron sus inconformidades por fuera de los partidos, bien a través del populismo gaitanista o del catolicismo derechista de Laureano Gómez.

En segundo lugar, la formación de *una izquierda minoritaria*, siempre temida y perseguida por el bipartidismo excluyente, disminuyó su capacidad de influencia en la cultura política nacional. Desde su lugar marginal, la izquierda colombiana no construyó nexos estables o fuertes con las demandas de la población. Entre tanto, se vio sometida a ambivalencias frente al Partido Liberal, producto de la búsqueda de alianzas internas y del seguimiento de los lineamientos del movimiento revolucionario internacional.

En tercer lugar, si bien podría ubicarse dentro de los sectores medios, *el gremio médico* ocupa un lugar especial, dada su importancia en el campo de la salud. Los médicos vieron la transformación, lenta pero constante, de su lugar sociopolítico: de las élites bipartidistas a los sectores medios. Como higienistas, le apostaron a la modernización, con la adopción de la confianza propia de la divulgación científica de corte positivista como eje de la transformación social. Como profesionales liberales, lucharon por obtener las mejores condiciones para el ejercicio de su profesión. Afuera estaban los enemigos y sólo hicieron alianzas con quien les ayudara a atacarlos. Pero se relacionaron muy poco con proyectos de izquierda o del movimiento obrero para la universalización de los servicios de salud. Por el contrario, en medio de su perspectiva biológica, en conjunto asumieron una ilusión mesiánica y paternalista frente a la población, en su afán de modernización. Los vínculos del gremio médico con todas las formas de prestación y su búsqueda de las mejores condiciones de trabajo no les permitió explorar soluciones más universales de atención integral de la población. De esta forma, los médicos contribuyeron al sostenimiento de las fragmentaciones propias del mercado.

En la interacción de estas fuerzas se fue configurando el predominio de una *cultura política* de corte *individualista* en la que la concepción de derechos era casi inexistente o muy restringida. Se podría caracterizar como una cultura dividida en dos grandes opciones derivadas del derecho de propiedad. Se tenía o no se tenía, por voluntad de algún ser superior o del destino. Si se tenía, de ella derivaba el derecho contractual de la compra de bienes o servicios en el mercado. Podía mediar o no el ahorro, o, el crédito. La lógica era la misma. Si no se tenía, aparecía el derecho a ser “asistido”. La respuesta social en este modelo era la caridad. El que proviniera de un particular o del Estado, poco contaba. De esta manera, el Estado liberal de mínimo social se apoyaba en la ideología católica, a pesar de las aparentes contradicciones.

En esta cultura política no cabía el concepto de ejercicio de ciudadanía, correlativo de la expansión del Estado que vivían países como Inglaterra⁶³. Esto es, la aceptación del ciudadano como sujeto de derechos y deberes jurídicos, y el Estado social garante de esos derechos. Tal garantía no era otra cosa que bienes y servicios colectivos. La “obligación de prever los riesgos del hombre desde la cuna hasta la tumba”, la famosa frase de Beveridge que citaba el senador Jaramillo Giraldo en su ponencia sobre el seguro social⁶⁴, era incomprensible sin la vivencia de la ciudadanía. Por eso, el mismo Jaramillo podía asimilarla a las “libertades” de Roosevelt y pensar que la seguridad social era sencillamente un producto del progreso humano. Él, como muchos otros, pretendían escoger lo mejor de las experiencias internacionales. No podían percibir el proceso sociopolítico en el que estaban inmersos ni comprender las transformaciones que dicho proceso producía a la seguridad social en Colombia.

⁶³ Michael Hanagan. “The Right to Work and the Struggle against Unemployment: Britain, 1884-1914”. In: Hanagan & Tilly (Ed.) *Extending Citizenship...* Op. Cit. (1999): 123-147.

⁶⁴ Colombia, Senado (1945) Comisión V. Informe sobre el proyecto de ley “por la cual se establece el seguro social y se crea el Instituto Colombiano de Seguros Sociales”. *Anales del Congreso*, sábado 1º de diciembre, I (91): 2449-2484, en especial, 2450.