

## A 60 años de su segunda reapertura, el programa de Medicina y una tradición que se transforma

John Vergel<sup>1</sup>



Desde su segunda reapertura en 1965, el programa de Medicina ha promovido un modelo educativo en sintonía con las tradiciones médicas colombianas, inspirado en valores ilustrados y humanistas, heredados de figuras destacadas como José Celestino Mutis. Esta herencia dio forma a generaciones de médicos con el sello rosarista, sustentado en una formación científica rigurosa, una marcada vocación de servicio al país y una preparación sólida que les ha permitido desarrollarse con profundidad en campos especializados de la medicina.

La tradición que dio forma al sello rosarista, construida a lo largo del tiempo, ha tenido que responder a los desafíos del presente. Aunque todo proyecto educativo que se apoya en la tradición corre el riesgo de volverse inflexible, hay legados que, lejos de oponerse al cambio, lo permiten y lo impulsan. Ese ha sido el caso del programa de Medicina de la Universidad del Rosario, una institución cuyo lema *Nova et Vetera* (lo nuevo y lo antiguo) sugiere una convivencia entre herencia y renovación. Ahora bien, esa convivencia no está exenta de tensiones, y no tendría por qué estarlo, porque es precisamente en la fricción entre lo antiguo y lo nuevo donde emergen las posibilidades para repensar lo que parecía inalterable. La reforma curricular del programa de Medicina de 2013 fue exactamente eso, una oportunidad para transformar la formación

---

<sup>1</sup> Médico de la Universidad Industrial de Santander, Especialista en Medicina Forense de la Universidad Nacional de Colombia, Magíster y Doctor en Educación de la Universidad de los Andes. Actualmente, es el director del Pregrado en Medicina de la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad del Rosario.

médica desde la conversación—a veces incómoda, pero especialmente útil— entre la tradición rosarita y las exigencias del presente. A partir de esta tensión, este texto se propone narrar cómo se diseñó e implementó la reforma, y de qué manera abrió un camino para reconfigurar la educación médica sin renunciar al legado que le dio origen.

Más en detalle, toda tradición necesita adaptarse a las realidades de su tiempo para conservar su relevancia y pertinencia. En las primeras décadas del siglo XXI, diversos cambios comenzaron a exigir transformaciones en la educación médica a nivel mundial. Entre ellos, se evidenciaba una desconexión entre los contenidos enseñados en las aulas universitarias y la experiencia vivida en los escenarios clínicos hospitalarios; una alta tasa de deserción en los primeros semestres y nuevas demandas del sistema de salud, orientado hacia la prevención, la atención primaria y la garantía de derechos en salud (Quintero, Vergel, Laverde, & Ortiz, 2020).

Estas situaciones pusieron de manifiesto las limitaciones de un currículo estructurado por departamentos separados de ciencias biomédicas y clínicas, así como su insuficiencia para responder a los nuevos desafíos. No se trataba de desconocer la excelente formación del currículo anterior, sin duda lo hacía, sino de reconocer que el modelo tradicional de enseñanza médica, válido y efectivo en la segunda mitad del siglo XX, ya no respondía con la misma pertinencia a los desafíos actuales. La aparición de nuevos contextos sociales, tecnológicos y sanitarios exigía una transformación del enfoque educativo, capaz de preparar médicos para realidades que antes no existían (Quintero, 2014).

En respuesta a este contexto, la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud emprendió un proceso de transformación de gran envergadura y alcance. La propuesta de reformar el currículo comenzó a gestarse en 2005, luego de la renovación de la acreditación de alta calidad en 2004. En esta ocasión, los pares externos recomendaron actualizar el currículo para responder mejor a las nuevas tendencias que empezaban a tomar fuerza en educación médica. En tal sentido, la rectoría de la Universidad conformó ese mismo año un equipo de trabajo que elaboró un documento diagnóstico y de propuesta. Este se convirtió en un insumo clave para orientar las siguientes etapas del proceso de reforma curricular (Quevedo, Palacios-Sánchez, Núñez-Gómez, & Sánchez-Martínez, 2021, pp. 89–100). En 2008 se retomó y reconfiguró el proceso, y el nuevo currículo fue

finalmente implementado en la segunda mitad de 2013. La reforma no se limitó a modificar asignaturas ni a reorganizar créditos académicos. Fue, ante todo, el resultado de una reflexión colectiva y profunda sobre el sentido, la pertinencia y los propósitos de la formación médica en el contexto actual. Más que introducir cambios de forma, se buscó educar profesionales capaces de comprender la salud y la enfermedad como procesos dinámicos, determinados no solo por factores biológicos, sino, además, por dimensiones sociales, históricas, políticas y ambientales, como la pobreza, la inequidad de género o el calentamiento global, entre muchos otros (Quevedo, 2012).

El currículo médico tradicional se organizaba en dos etapas claramente separadas: tres años dedicados a cursos básicos (como química, física, biología, anatomía, fisiología y patología) y otros tres centrados en rotaciones clínicas en hospitales, en áreas como medicina interna, cirugía, pediatría y ginecoobstetricia. Sin embargo, estas etapas se desarrollaban de manera independiente, sin conexiones explícitas entre sí. Se asumía que el estudiante era capaz de integrar esos conocimientos por cuenta propia (Vergel, Stentoft y Montoya, 2017). La fragmentación del currículo contribuía a una preocupante tasa de deserción en los primeros semestres de formación, especialmente en asignaturas como bioquímica, con cifras cercanas al 40% (Isaza-Restrepo, Enríquez-Guerrero y Pérez-Olmos, 2016). Esto sugiere que casi la mitad de los estudiantes no lograban encontrar sentido a su formación y desistían de continuar sus estudios (Vergel et al., 2018). A este problema se sumaba un ambiente educativo marcado por relaciones verticales entre docentes y estudiantes, evaluaciones percibidas como mecanismos de control y una sensación generalizada de un ambiente académico difícil (Laverde, Ortiz, Vergel, Ospina & Quintero, 2020).

En respuesta a esta situación, la reforma curricular se diseñó siguiendo el modelo de seis pasos de Thomas, Kern, Hughes, Tackett y Chen (2022), comenzando por definir el sello distintivo del nuevo programa, que consiste en formar médicos resolutivos, que puedan comprender la salud y la enfermedad desde una perspectiva bioantropológica, capaces de integrar conocimientos de diversas ciencias en la atención en salud, con competencias para liderar equipos, aprender a lo largo de la vida y actuar con compromiso social. Se crearon los cursos nucleares denominados Actividades

Integradoras del Aprendizaje por Sistemas-AIAS para conectar las ciencias básicas, biomédicas y clínicas con los demás ejes transcurriculares, se promovió la práctica temprana en escenarios reales de atención y se introdujeron mentorías para acompañar el proceso formativo de los estudiantes (Quintero, 2012; 2014; 2016; Velásquez-Torres & Palacios-Sánchez, 2017; Luque-Bernal, Villamil y Vergel, 2021). Además, se fortaleció un enfoque centrado en la comprensión de los contenidos, en lugar de limitarse a memorizar, dentro de un modelo basado en competencias. Este modelo entiende las competencias como la capacidad del estudiante para demostrar, de forma confiable y bajo supervisión, que puede asumir las tareas y responsabilidades propias del ejercicio médico, las cuales le son asignadas de manera progresiva a lo largo de su formación en los escenarios de práctica clínica (Quintero, Vergel, Arredondo, Ariza y Gómez, 2020).

Adicionalmente, en línea con la política educativa de la Universidad del Rosario de aprender a aprender, el nuevo currículo incorporó el Nuevo Trívium. Este eje transcurricular busca fortalecer las habilidades para leer, escribir y pensar con el nivel de profundidad que exige el ambiente universitario (Ortiz, Laverde, Vergel & Quintero, 2017). A la vez, el eje transcurricular de Salud Pública y Atención Primaria en Salud se concibió como una trayectoria longitudinal que articula teoría, simulación y práctica en comunidad, con el fin de formar un médico comprometido con el territorio. Cada nivel formativo tiene un propósito claro, que incluye comenzar por la comprensión de los determinantes sociales de la salud, avanzar hacia el diseño participativo de intervenciones comunitarias y finalizar con la integración de la vigilancia, la gestión clínica y el análisis crítico de políticas públicas. A lo largo del eje, se desarrollan competencias para la práctica colaborativa interprofesional, la toma de decisiones en promoción y mantenimiento de la salud, la comunicación con poblaciones diversas y la acción profesional informada por el contexto.

En el eje transcurricular de Sociohumanismo se promueve una lectura crítica de la salud y la enfermedad, entendidas como construcciones que cambian con el tiempo y responden a cambios sociales, políticos y económicos. Se busca que el estudiante comprenda la medicina como una práctica humana, y que, desde un enfoque sociológico y antropológico, analice fenómenos como los itinerarios terapéuticos, el pluralismo médico, la medicalización, la interseccionalidad y la gubernamentalidad.

Por su parte, el eje transcurricular de Profesionalismo introduce desde el primer semestre el concepto de medicina como profesión, con base en pilares como el contrato social, el respeto, la integridad, el altruismo y la excelencia. A través de estrategias como el análisis de casos, el cine, el arte y el debate, se promueve una comprensión ética del acto médico, centrada en los derechos, la autonomía del paciente y la justicia sanitaria (Pinto-Bustamante & Gómez-Córdoba, 2018). En la segunda fase del currículo, el eje se profundiza a través de la enseñanza de la bioética clínica y la discusión ética de casos reales, especialmente aquellos que involucran la relación médico-paciente en escenarios regulados por la legislación colombiana.

Ahora bien, entre 2013 y 2019, se hizo evidente la tensión entre tradición e innovación que subyace a la reforma. La implementación del nuevo currículo coincidió con la permanencia de un grupo de estudiantes rezagados académicamente del plan anterior, quienes, por diversas razones, no aceptaron acogerse al régimen de transición. Así, durante varios semestres, ambos planes coexistieron en la formación de pregrado. En ese escenario, comenzó a consolidarse entre algunos docentes y estudiantes una percepción comparativa según la cual los médicos formados bajo el currículo tradicional contaban con una preparación más sólida, mientras que quienes cursaban el nuevo currículo eran vistos con una formación menos rigurosa. Esta percepción afectó el reconocimiento temprano de los egresados del nuevo plan de estudios y generó un ambiente de comparación injusta, que con el tiempo fue superado gracias al desempeño profesional de estas nuevas cohortes de médicos. Resolver esta tensión también implicó formar a los profesores en nuevas metodologías de aprendizaje, rediseñar instrumentos de evaluación y sostener institucionalmente los cambios implementados.

Si bien al inicio hubo resistencias, la implementación de la reforma produjo mejoras medibles en la experiencia de aprendizaje de los estudiantes. Entre ellas, destaca la reducción sostenida de la deserción anual a menos del 1,5 %, lo cual refleja una mayor permanencia estudiantil y compromiso con el proceso formativo (Vergel et al., 2018). Asimismo, estudios posteriores mostraron una mejora significativa en la percepción del ambiente educativo, evidenciando que los cambios introducidos favorecieron una experiencia más positiva del aprendizaje (Laverde et al., 2020). Adicionalmente, resulta revelador el ascenso del programa en las pruebas Saber Pro de Medicina, al pasar del puesto once, en 2019, al tercero en 2024. Estos logros refuerzan la idea de que los

cambios curriculares no solo transformaron la percepción de la filosofía educativa del programa, también se tradujeron en mejoras cuantificables en el desempeño académico.

Por supuesto, el nuevo currículo no está exento de desafíos. La consolidación de un modelo de educación por competencias exige procesos continuos de actualización (Bonal-Ruiz, Vergel, & Sotomayor-Escalona, 2022). Entre los retos identificados está el seguimiento personalizado del logro de los resultados de aprendizaje en un sistema de evaluación predictivo y la incorporación de competencias emergentes en salud global y salud digital. También es necesario crear una trayectoria académica en medicina traslacional. Esta área se aborda actualmente en solo dos cursos obligatorios y dos módulos selectivos de profundización. En este sentido, uno de los propósitos estratégicos de esta trayectoria es fortalecer la formación de médicos científicos mediante una ruta que conecte tempranamente el pregrado de Medicina con el doctorado en Ciencias Biomédicas.

Estos recientes desafíos también hacen necesario reflexionar sobre el papel de los profesores y las estrategias pedagógicas que se ponen en práctica. Fortalecer su formación en ciencias de la educación es fundamental para responder a los retos del nuevo currículo. Asimismo, es necesario potenciar el uso de pacientes virtuales para reforzar habilidades fundamentales como la elaboración de la historia clínica.

Finalmente, la creciente tendencia al ausentismo de los estudiantes en clase, y las manifestaciones cada vez más frecuentes de malestar emocional, requieren una atención prioritaria. Abordar estos problemas es indispensable para transitar hacia una nueva etapa en la evolución del programa.

Hoy, 60 años después de la segunda reapertura del programa de Medicina, la reforma curricular de 2013 sigue siendo una invitación a no conformarse, a pensar la educación médica como una práctica viva, en constante cambio. Lo que se logró no es un punto de llegada, sino un puerto desde el cual seguir navegando.

## **Referencias**

- Bonal-Ruiz, R., Vergel, J. & Sotomayor, R. (2022). De la formación basada en competencias a las actividades profesionales encomendables. *Revista Habanera*

*de Ciencias Médicas*, 21(1).

<https://revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/4794>

Ortiz, M. O., Laverde, D. L., Vergel, J. & Quintero, G. (2017). The new trivium in medical training beyond the doctor-patient communication. *Revista Cubana de Educación Médica Superior*, 31(4), 1–11.

Isaza-Restrepo, A., Enríquez-Guerrero, C. & Pérez-Olmos, I. (2016). Deserción y rezago académico en el programa de medicina de la Universidad del Rosario, Bogotá, Colombia. *Revista Ciencias de la Salud*, 14(2), 231–245.

<https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.5347>

Laverde, D. M., Ortiz, M., Vergel, J. A., Ospina, V. M. & Quintero, G. A. (2020). Validez y confiabilidad del DREEM en español colombiano y su adaptación a un currículo integrador. *Investigación en Educación Médica*, 9(34), 63–75.

<https://doi.org/10.22201/facmed.20075057e.2020.34.19742>

Pinto-Bustamante, B. J., & Gómez-Córdoba, A. I. (Eds.). (2018). *Cine, bioética y profesionalismo*. Editorial Universidad del Rosario.

Quevedo, E. (2012). Comprensión histórico-crítica del proceso salud-enfermedad: base para una reforma curricular en medicina. En G. A. Quintero (Ed.), *Educación médica: Diseño e implementación de un currículo basado en resultados del aprendizaje* (pp. 269–314). Colección Pedagogía.

Quevedo, E., Palacios-Sánchez, L., Núñez-Gómez, M. C., & Sánchez-Martínez, M. C. (2021). *El renacer de una ilusión: Historia de la Facultad de Medicina y de la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad del Rosario, 1969–2019* (Tomo 2). Editorial Universidad del Rosario.

Quintero, G. A. (2012). *Educación médica: Diseño e implementación de un currículo basado en resultados de aprendizaje*. Editorial Universidad del Rosario.

Quintero, G. A. (2014). *Actividades Integradoras del Aprendizaje por Sistemas, AIAS: Manual para la facilitación en el aula de pequeños grupos*. Editorial Universidad del Rosario.

- Quintero, G. A. (2014). *Medical education and the healthcare system—Why does the curriculum need to be reformed?* *BMC Medicine*, 12(1), 1–4.  
<https://doi.org/10.1186/s12916-014-0239-2>
- Quintero G. A. (2016). *La mentoría en el proceso de enseñanza-aprendizaje*. Editorial Universidad del Rosario.
- Quintero, G. A., Vergel, J., Laverde, Á. & Ortiz, L. C. (2020). Educational strategies to develop and implement a comprehensive health care model focused on primary care in Colombia. *Journal of Medical Education and Curricular Development*, 7, 1–7. <https://doi.org/10.1177/2382120520930260>
- Thomas, P. A., Kern, D. E., Hughes, M. T., Tackett, S. A., & Chen, B. Y. (Eds.). (2022). *Curriculum development for medical education: A six-step approach* (4th ed.). Johns Hopkins University Press.
- Velásquez-Torres, A. & Palacios-Sánchez, L. (Eds.). (2017). *Actividades Integradoras del Aprendizaje por Sistemas, AIAS del sistema nervioso*. Editorial Universidad del Rosario.
- Vergel, J., Quintero, G. A., Isaza-Restrepo, A., Ortiz, M., Latorre-Santos, C. & Pardo-Oviedo, J. M. (2018). The influence of different curriculum designs on students' dropout rate: A case study. *Medical Education Online*, 23(1), 1432963.  
<https://doi.org/10.1080/10872981.2018.1432963>
- Vergel, J., Stentoft, D. & Montoya, J. (2017). *Extending the theoretical framework for curriculum integration in pre-clinical medical education. Perspectives on Medical Education*, 6, 246–255. <https://doi.org/10.1007/s40037-017-0341-3>