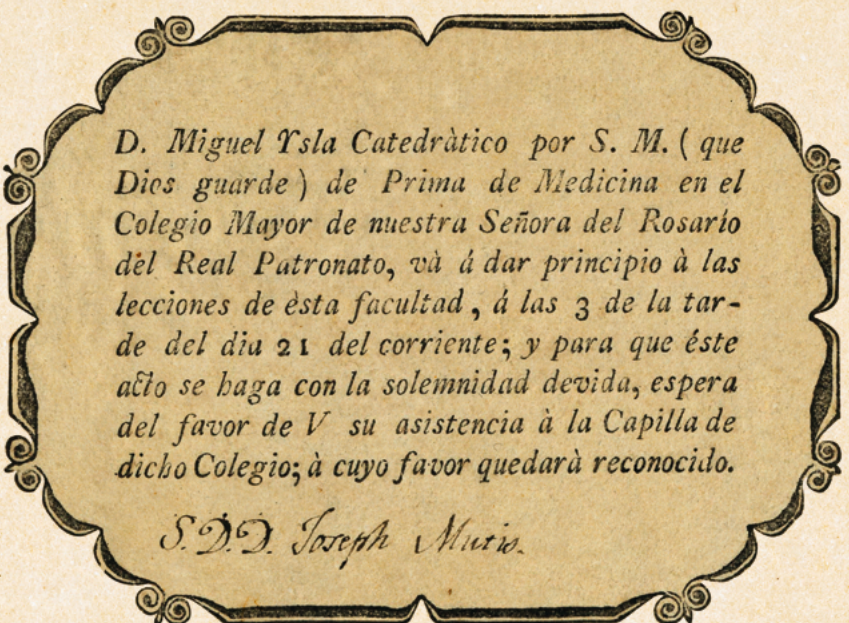


# El renacer de una ilusión

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 I



*D. Miguel Ysla Catedrático por S. M. ( que  
Dios guarde ) de Prima de Medicina en el  
Colegio Mayor de nuestra Señora del Rosario  
del Real Patronato, va á dar principio á las  
lecciones de esta facultad , á las 3 de la tar-  
de del diu 21 del corriente; y para que éste  
año se haga con la solemnidad debida, espera  
del favor de V su asistencia á la Capilla de  
dicho Colegio; á cuyo favor quedará reconocido.*

*S. D. D. Joseph Muris.*

Emilio Quevedo V. · Leonardo Palacios-Sánchez  
María Camila Núñez-Gómez · María Catalina Sánchez-Martínez  
María Sofía Labrador Morales · Carlos Julián Yaya Quezada  
Tatiana Roa-Losada · Cindy Katherin Canti



Universidad del  
**Rosario**



# 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 I

## **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** (2 tomos)

### **Resumen**

Esta obra, publicada en dos tomos, abarca desde abril de 1969 hasta junio de 2019, construye un relato que entreteteje los sucesos más relevantes de la historia colombiana e internacional, con la historia de las políticas de salud y de la educación médica, para comprender los procesos internos de la Facultad de manera crítica e integral. Para contar esta historia se establecieron dos grandes periodos, además de los antecedentes de 1965 a 1969. El primer periodo (Tomo I), se inició en 1969. El segundo periodo (Tomo II) inició en 2000, cuando se terminó el contrato entre la Universidad del Rosario y la Sociedad de Cirugía de Bogotá, y la Facultad de Medicina comenzó a depender exclusivamente de la Universidad. La obra termina en 2019, fecha de graduación de la primera promoción de los estudiantes formados bajo el nuevo currículo del Programa de Medicina. Este texto es una invitación a conocer nuestro vibrante devenir como Facultad y Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, redactada a varias manos por actores del proceso y escuchando múltiples voces. Finalmente, por la forma como fue concebida y escrita, esta obra constituye una historia de Colombia vista desde la vida desde nuestra Escuela.

*Palabras clave:* historia de la educación médica, facultades de medicina, historia de la medicina, Bogotá, Colombia, 1969-2019.

## **The rebirth of an illusion. History of the Faculty of Medicine and the School of Medicine and Health Sciences at the Universidad del Rosario, 1969-2019** (2 volumes)

### **Abstract**

This work, published in two volumes, covers the period from April 1969 to June 2019 and constructs a story that weaves together the most relevant events in Colombian and international history and the history of health policies and medical education, seeking to understand the internal processes of the Faculty in a critical and comprehensive manner. To tell this story, two broad periods were established, additionally to antecedents from 1965 to 1969. The first period (Volume I) began in 1969. The second period (Volume II) started in 2000, when the contract between the Universidad del Rosario and the Bogotá Surgery Society ended, and the Faculty of Medicine began to depend exclusively on the University. The work ends in 2019, the graduation date of the first class of students trained under the new curriculum of the Medicine Program. This text is an invitation to get to know the vibrant evolution of our Faculty and School of Medicine and Health Sciences, written in various hands by actors involved in the process and listening to multiple voices. Finally, given how it was conceived and written, this work constitutes a history of Colombia seen from the life at our School.

*Keywords:* history of medical education, medical schools, history of medicine, Bogotá, Colombia, 1969-2019.

#### Citación sugerida / *Suggested citation*

Quevedo V., Emilio, Palacios-Sánchez, Leonardo, Núñez-Gómez, María Camila, Sánchez-Martínez, María Catalina, Labrador-Morales, María Sofía, Yaya Quezada, Carlos Julián, Roa-Losada, Tatiana & Canti, Cindy Katherin. (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 I). Bogotá D. C.: Editorial Universidad del Rosario.

<https://doi.org/10.12804/urosario9789587847420>

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 I

Emilio Quevedo V.  
Leonardo Palacios-Sánchez  
María Camila Núñez-Gómez  
María Catalina Sánchez-Martínez  
María Sofía Labrador-Morales  
Carlos Julián Yaya Quezada  
Tatiana Roa-Losada  
Cindy Katherin Canti

---

Quevedo V., Emilio

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 / Emilio Quevedo V., Leonardo Palacios-Sánchez, María Camila Núñez-Gómez... [y otros 4]; prólogo Gustavo Adolfo Quintero Hernández. – Bogotá: Editorial Universidad del Rosario, 2021.

2 volúmenes.

Incluye referencias bibliográficas.

1. Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario. Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud – Historia – 1969-2019. 2. Educación médica – Historia – 1969-2019 – Bogotá (Colombia). 3. Facultades de Medicina – Historia. 4. Historia de la medicina – 1969-2019 – Bogotá (Colombia). I. Quevedo V., Emilio. II. Palacios-Sánchez, Leonardo. III. Núñez-Gómez, María Camila. IV. Sánchez-Martínez, María Catalina. V. Labrador Morales, María Sofía, VI. Yaya Quezada, Carlos Julián. VII. Roa Losada, Tatiana. VIII. Canti Roa, Cindy Katherine. IX. Quintero Hernández, Gustavo Adolfo, prólogo. X. Universidad del Rosario. VII. Título.

610.711861SCDD 20

Catalogación en la fuente – Universidad del Rosario. CRAI

---

DJGR

Julio 28 de 2021

---

Hecho el depósito legal que marca el Decreto 460 de 1995

ESTA OBRA, COMPUESTA POR DOS TOMOS, CORRESPONDE AL VOLUMEN 25 DE LA COLECCIÓN “CUADERNOS DE HISTORIA DEL COLEGIO MAYOR DE NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO”.



**Universidad del  
Rosario**

- © Editorial Universidad del Rosario
- © Universidad del Rosario
- © Emilio Quevedo V., Leonardo Palacios-Sánchez, María Camila Núñez-Gómez, María Catalina Sánchez-Martínez, María Sofía Labrador-Morales, Carlos Julián Yaya Quezada, Tatiana Roa-Losada, Cindy Katherin Canti
- © Gustavo Adolfo Quintero Hernández, por el Prólogo

Editorial Universidad del Rosario  
Carrera 7 n.º 12B-41, of. 501  
Tel.: 2970200, ext. 3113  
<https://editorial.urosario.edu.co/>

Primera edición: Bogotá, D.C., 2021

ISBN Obra Completa: 978-958-784-738-3  
ISBN: 978-958-784-736-9 (impreso)  
ISBN: 978-958-784-739-0 (ePub)  
ISBN: 978-958-784-742-0 (pdf)  
<https://doi.org/10.12804/urosario9789587847420>

Diseño de cubierta: Luz Arango y César Yepes  
Diagramación: Precolombi EU-David Reyes

Impreso y hecho en Colombia  
*Printed and made in Colombia*

Los conceptos y opiniones de esta obra son responsabilidad de sus autores y no comprometen a la Universidad ni sus políticas institucionales.

El contenido de este libro fue sometido al proceso de evaluación de pares para garantizar los altos estándares académicos. Para conocer las políticas completas visitar: [editorial.urosario.edu.co](http://editorial.urosario.edu.co)

Todos los derechos reservados. Esta obra no puede ser reproducida sin el permiso previo escrito de la Editorial Universidad del Rosario.

# Contenido

<i>Dedicatorias</i> .....	xvii
<i>Agradecimientos</i> .....	xxi
<i>Prólogo</i> .....	xxiii
<i>Gustavo Adolfo Quintero Hernández</i>	
<i>Presentación</i> .....	xxvii
<i>Los autores</i> .....	xxxii

## PRIMERA PARTE

### RESTAURACIÓN. ANTECEDENTES: DE LA RESTAURACIÓN DE LA FACULTAD DE MEDICINA DEL COLEGIO MAYOR DE NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO HASTA SU PRIMERA CRISIS (1965-1969)

El renacer de una ilusión.....	3
El panorama nacional e internacional entre 1958 y 1965.....	7
La instauración del Frente Nacional.....	7

La Alianza para el Progreso y sus reformas .....	10
Las reformas sanitarias de la Alianza para el Progreso.....	12
La Alianza para el Progreso y la educación médica.....	14
Las reformas de la educación superior de la Alianza para el Progreso .....	16
Los primeros gobiernos del Frente Nacional (1958-1966) y la Alianza para el Progreso .....	17
Las reformas sanitarias de Alberto Lleras Camargo .....	19
La reforma universitaria de Lleras Camargo.....	21
La reforma sanitaria durante el gobierno de Guillermo León Valencia.....	27
Las reformas de Valencia en la educación médica y en la salud pública.....	30
La reforma universitaria durante el gobierno de Valencia.....	33
La reapertura de la facultad (1965-1969) .....	37
Orígenes y creación de la nueva Facultad .....	37
Primeros contactos y firma del convenio con el Colegio del Rosario.....	38
Escollos para la aprobación de la Facultad.....	39
Apertura de la Facultad .....	41
Visibilidad de la nueva Facultad.....	42
1969: ¡la primera crisis de la Facultad!.....	45
El “Gobierno de la Transformación Nacional” (1966-1970).....	45
La modernización del Estado .....	45
La creación de COLCIENCIAS .....	47
El retroceso de la reforma universitaria .....	48
El estallido de la crisis y sus antecedentes .....	51
La obra de teatro y el control natal: ¿cuerpo del delito o “florero de Llorente”? .....	55
La explosión del conflicto .....	56
La renuncia del decano y la huelga.....	58

SEGUNDA PARTE  
CONSOLIDACIÓN Y DESARROLLO

Primer gran período: de la consolidación y desarrollo de la nueva Facultad hasta su segunda crisis (1969-1999) .....	65
Primer subperíodo: de la primera crisis de la Facultad a su aprobación definitiva por el ICFES y la creación del departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública (1969-1988) .....	67
Decanatura de Arturo Aparicio Jaramillo (1969-1979).....	67
De la solución de la crisis a la graduación de la primera promoción (1969-1972).....	67
La consolidación y puesta en marcha del resto del plan de estudios .....	71
El plan de estudios inicial.....	71
Reconstrucción de los últimos semestres del plan de estudios.....	76
Creación de la Vicedecanatura y expresiones del movimiento estudiantil .....	79
Nueva crisis nacional: el final del gobierno de Carlos Lleras Restrepo .....	85
La crisis del país y las dificultades económicas en la Facultad.....	88
La Facultad y la crisis política del país y del Frente Nacional.....	89
Nuevas dificultades económicas de la Facultad en el marco de una nueva crisis universitaria .....	93
La aprobación definitiva de la Facultad.....	95
Diseño e inicio del Internado Rotatorio en la Facultad de Medicina .....	97
Nuevos acontecimientos antes de la graduación de la primera promoción.....	102

El resurgir de las protestas estudiantiles en todo el ámbito nacional y su repercusión en la Facultad de Medicina .....	102
Las expresiones estudiantiles rosaristas en el marco de las protestas nacionales y la propuesta de reforma universitaria del gobierno.....	109
La ampliación de los centros de práctica.....	115
Afiliación de los primeros programas de residencia a la Facultad.....	119
Creación de la “División de Educación Médica” .....	121
Graduación de la primera promoción de médicos de la Universidad del Rosario.....	122
Acontecimientos relevantes de la Facultad después de la graduación de la primera promoción (1972-1979) .....	125
Segunda etapa del cuarto gobierno del Frente Nacional y las contrarreformas.....	125
Nuevas expresiones estudiantiles y de los internos y residentes .....	128
La Universidad nombra nuevos miembros en el Consejo Directivo de la Facultad .....	132
Modificaciones al proceso de admisión y a la política de becas.....	133
Impacto en el medio de los primeros egresados .....	134
Primeros intentos de investigación .....	135
Nuevas protestas de los estudiantes, de los internos y de los residentes .....	136
Dificultades presupuestales, alza de matrículas, nuevas protestas estudiantiles y la propuesta de crear una fundación de apoyo a la Facultad .....	139
Crisis y reorganización del Departamento de Medicina Preventiva.....	143
Reorganización de la Cátedra de Introducción a la Medicina .....	145
Las reformas sanitarias del final del gobierno de Misael Pastrana Borrero.....	146

El regreso del Partido Liberal al poder, la crisis del Estado de Bienestar y el gobierno del presidente Alfonso López Michelsen (1974-1978).....	151
La crisis del Estado de Bienestar y el nacimiento del modelo neoliberal.....	152
El monetarismo como fundamento del neoliberalismo norteamericano y los inicios del modelo neoliberal en América Latina.....	155
El proceso de penetración del modelo neoliberal en el país.....	161
El neoliberalismo restringido de López Michelsen.....	162
López Michelsen y la instauración definitiva de un Sistema Nacional de Salud compatible con el modelo neoliberal.....	166
Protestas estudiantiles en la Facultad de Medicina del Rosario en solidaridad con los estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional.....	169
Nuevo paro estudiantil en la Facultad de Medicina del Rosario en solidaridad con los médicos del Seguro Social.....	172
La creación de la Fundación Facultad de Medicina.....	175
Legalización de la reglamentación estudiantil.....	178
Intento de reglamentación docente y composición del Consejo Directivo.....	180
Proyectos de Investigación y propuestas de reforma curricular.....	182
La creación de la “Decanatura de Estudios” y la reorganización de la Oficina de Educación Médica.....	183
De la presidencia de López Michelsen a la de Julio César Turbay Ayala (1978-1982).....	183
El florecimiento de la medicina privada.....	190
Simultáneamente otros vientos comenzaban a soplar en la medicina mundial.....	192
Cambios por fuera de la Organización Mundial de la Salud (OMS).....	192
Cambios al interior de la OMS.....	199

“La Salud para Todos en el Año 2000” y la Conferencia Internacional de Salud de Alma-Ata de 1978 .....	202
Surgimiento de una nueva Facultad de Medicina en Bogotá, orientada hacia la Medicina Comunitaria.....	203
El nacimiento de la Atención Primaria Selectiva de Salud .....	206
Final de la decanatura de Arturo Aparicio Jaramillo.....	208
Decanatura de Guillermo Rueda Montaña (1979-1984) .....	209
Posesión del nuevo decano .....	209
Reglamentos profesoral y estudiantil .....	210
El establecimiento de las áreas de influencia de la Facultad en el marco del Sistema Nacional de Salud .....	211
Puesta en marcha de la propuesta de un currículo integrado .....	215
El final de gobierno de Turbay y los comienzos de la presidencia de Belisario Betancur Cuartas .....	216
Firmes y la revista <b>Alternativa</b> .....	217
La toma de la Embajada, la Comisión de Paz y la elección de Belisario Betancur como presidente.....	218
Modificaciones al Convenio entre la Sociedad de Cirugía de Bogotá y la Universidad del Rosario .....	221
Reorganización de la Fundación “Facultad de Medicina del Rosario” .....	222
Perfeccionamiento de los mecanismos de admisión y traslado de algunos internos por problemas de orden público .....	222
Mejoramiento de la situación económica de la Facultad.....	223
El conflicto social y su impacto en las prácticas extramurales del programa de internado de la Facultad.....	223
La Primera Reforma de COLCIENCIAS .....	226
Decanatura interina de Antonio Becerra Lara (1984-1988) .....	228
Fundación de la Asociación de Médicos Egresados.....	229
La Facultad se prepara para la reestructuración curricular: la integración de las ciencias básicas.....	229
Renovación de la licencia de funcionamiento de la Facultad de Medicina y nuevas exigencias del ICFES .....	231

Firma de nuevos convenios para la ampliación de los centros de práctica.....	232
Creación del Comité Académico y reorganización de la Oficina de Educación Médica .....	233
Ampliación de las posibilidades para el internado y reglamentación de los postgrados.....	234
Segundo subperíodo: desde el nuevo currículo hasta la firma del nuevo convenio entre las dos instituciones fundadoras (1988-1994).....	235
Decanatura en propiedad de Antonio Becerra Lara (1988-1990) .....	235
Nuevas formas de comunicación.....	236
Los desarrollos de la política científica en el país durante el gobierno de Virgilio Barco .....	237
La Facultad incorpora las nuevas orientaciones internacionales en la investigación, en salud y en educación médica .....	239
Reformas de la estructura curricular de la Facultad.....	240
Reorganización de la Cátedra de Introducción a la Medicina y reorientación del Departamento de Medicina Preventiva.....	243
La reforma de la Cátedra de Introducción a la Medicina.....	245
La reorientación del Departamento de Medicina Preventiva .....	246
Un nuevo actor en la salud internacional: el Banco Mundial.....	253
El Estudio Sectorial de Salud y la Ley 10 de 1990.....	257
Narcotráfico y guerrillas durante el gobierno de Virgilio Barco .....	261
La narcoviolenencia se agudiza.....	261
Acuerdos de paz con el M-19 y negociaciones fallidas con las antiguas guerrillas.....	263
Campaña electoral de 1989 .....	265
La elección de César Gaviria Trujillo: neoliberalismo y globalización de la economía .....	268
Final de la decanatura de Antonio Becerra Lara .....	269

Decanatura de Antonio Ucrós Cuéllar (1990-1992).....	270
La Constitución Política de 1991 .....	272
Continuación del desarrollo de la Salud Comunitaria.....	275
La nueva reforma de COLCIENCIAS y la reorganización del Sistema Nacional de Ciencia y Tecnología .....	280
El Programa de Ciencia y Tecnología de la Salud de COLCIENCIAS.....	285
El Comité Curricular y el seguimiento sistemático de la Facultad .....	289
Nueva crisis de las relaciones entre la Universidad y la Sociedad de Cirugía de Bogotá.....	296
Decanatura interina de Alfonso Tribín Ferro (1992-1994) .....	299
La profundización de la crisis entre la Universidad del Rosario y la Sociedad de Cirugía de Bogotá .....	301
El nacimiento del concepto de Salud Global.....	302
¿Otra vez el Banco Mundial? La Ley 100 de 1993 y sus implicaciones para los desarrollos de la Facultad.....	306
La lenta agonía del programa de Atención Primaria Orientada a la Comunidad del centro de salud de Patio Bonito .....	315
La etapa final del gobierno de César Gaviria Trujillo: repercusiones de la Constitución de 1991.....	316
La campaña electoral para la Presidencia de la República de 1994 y la elección de Ernesto Samper Pizano.....	321
Tercer subperíodo: del inicio de las nuevas relaciones mediadas por el convenio de servicios docente- asistenciales a la terminación definitiva del convenio entre las dos instituciones (1994-1999).....	327
Decanatura en propiedad de Alfonso Tribín Ferro (1994-1999) .....	327
Ejercicio interno de revisión curricular para una futura acreditación de la Facultad .....	328
Reorientación del Departamento de Medicina Preventiva.....	339
Redefinición de las relaciones entre el Colegio Mayor del Rosario y la Sociedad de Cirugía de Bogotá .....	341

La búsqueda de un nuevo hospital.....	345
Reestructuración de la Facultad como consecuencia del Convenio .....	347
Traslado progresivo de la Facultad a la sede de la Quinta de Mutis.....	349
Redistribución de los estudiantes de la Facultad .....	349
Creación del Instituto de Ciencias Básicas, cambios curriculares y establecimiento de nuevos convenios .....	351
Encrucijada frente a la baja demanda por parte de los aspirantes al Programa de Medicina del Rosario .....	357
Nuevas modificaciones de los postgrados y del pregrado, que reafirmaron la separación entre la Facultad y la Sociedad de Cirugía.....	358
El giro definitivo de la OMS hacia la Salud Global .....	360
Últimas etapas del gobierno de Ernesto Samper.....	365
El conflicto político.....	365
El Plan de Desarrollo y su crisis .....	366
La arremetida de las FARC .....	367
El Sistema General de Seguridad Social en Salud y la crisis de la salud pública.....	368
Samper entregó un país descuadrado.....	370
Andrés Pastrana Arango llega a la Presidencia: un neoliberalismo conservador.....	370
Creación de la Escuela de Ciencias de la Salud y reubicación de los estudiantes de las áreas clínicas .....	375
Traslado de las especialidades médico-quirúrgicas a otros hospitales .....	376
Creación de los posgrados no médico-quirúrgicos.....	378
Desarrollos en la investigación.....	379
Crece el conflicto social y se abren las “Conversaciones de paz” .....	380
Cierre del primer gran período .....	384
<i>Bibliografía</i> .....	387



## Dedicatorias

Los autores de este libro queremos dedicarlo muy especialmente a la memoria del profesor, maestro y gran amigo Luis Enrique Nieto Arango (1947-2020), quien abandonó intempestivamente este mundo en octubre de este año, trasladando su cátedra y su oficina para el otro mundo, pero que nos dejó a todos los rosaristas un inmenso e inagotable legado histórico, literario y científico.

Fue siempre un apasionado de la historia y de la literatura, pero también del arte y de la música, lector incansable e inalcanzable y un gran escritor. Muchas generaciones de rosaristas tuvimos el placer y la fortuna de escuchar y compartir sus relatos, sus anécdotas y sus experiencias sobre la vida universitaria, tanto en el ámbito de la Universidad, de la educación, de la vida de la vieja Bogotá, adornadas con su prosa poética y su cultura universal. Pero, a pesar de todo lo que nos contó durante la vida compartida, estamos seguros de que se llevó en su equipaje de viajero una muy buena parte de esas historias inagotables, pues desafortunadamente no le alcanzó la vida para compartirlas todas.

Algunos de nosotros, los más viejos, éramos sus amigos desde nuestra época de estudiantes, él de Derecho y nosotros de Medicina. Participamos juntos en la huelga de 1969, en defensa de la decanatura de Guillermo Fergusson. Fue siempre un defensor consecuente y a ultranza de lo que desde ese momento defendíamos: la libertad de pensamiento y de cátedra, la democracia, la igualdad de todos los hombres ante la ley, la fraternidad y el humanismo. Otros de nosotros, los más jóvenes, fuimos llegando

después, pero, rápidamente, identificamos su valía y nos fuimos acercando a él. Y, todos en grupo, estuvimos pendientes de sus permanentes aportes, porque el profesor Nieto era un fiel representante del espíritu de la Universidad del Rosario, siempre *nova et vetera*: él representaba la sabiduría acumulada a través del tiempo y de la vida, pero también el ímpetu y la inquietud por lo nuevo.

Por eso, desde sus inicios, desde la época de estudiante y hasta su muerte, fue un gran amigo y entusiasta de la Facultad de Medicina y luego de la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud. Valoraba el impulso innovador que la ha caracterizado desde su primer Plan de Estudios, en la época de José Celestino Mutis. Conocía mucho de su historia, mucha de ella vivida como actor de sus procesos, y estuvo siempre atento y cercano a ellos.

Fue un gran promotor de los primeros dos volúmenes de esta obra y para la elaboración del segundo volumen nos concedió varias entrevistas. En consecuencia, por solicitud nuestra y como par evaluador amigo, uno de sus últimos actos académicos, un mes antes de fallecer en septiembre de 2020, fue leerse la preimpresión del manuscrito de este tercer volumen, que por razones editoriales se publica en dos tomos. A nuestro pedido, respondió así:

Respetado Emilio:

He leído, emocionado y muy rápidamente, las casi 600 páginas de la monumental obra que has venido construyendo en unión de tan buenos colaboradores. La acertada referencia final a “Del rigor en la ciencia” de Borges, me permite afirmar que, curioso y maravillado, he recorrido ese inmenso territorio que constituye esta obra, el cual, en mucho, hace parte de mi propia experiencia vital, como si estuviera observando el escenario natural y, en otros tramos, como si el mapa fuera tan fiel y exacto que me revelara lugares y aspectos no advertidos en mi caminar.

Ojalá, como anota el Decano en el prólogo, este libro sea de permanente lectura de todos los Rosaristas, por lo que enseña de la disciplina, de Colombia y del Alma Mater.

Para mí, que creo distinguir las distintas voces que suenan en esta ópera, el texto es una guía y un ejemplo de lo que puede y debe hacerse para otras Facultades, especialmente la de Jurisprudencia, que aún no ha escrito su historia.

Recibe, Emilio, mi sincera felicitación, extensiva a los coautores, especialmente a mi admirado amigo el Profesor Leonardo Palacios-Sánchez.

Gracias entonces por haberme permitido tener acceso a esta primicia.

Cordial saludo,  
Luis Enrique Nieto Arango

Su opinión nos llena de orgullo y de alegría, y estamos convencidos de que su reciente muerte es una pérdida irreparable para sus amigos, para la Universidad y para el sector académico de este dolido país.

Pero también, y por contingencias de la vida, frágil siempre desde sus inicios, queremos dedicar esta obra a la memoria del médico, cirujano y endoscopista, Guillermo León Labrador Rincón, quien falleció de Covid-19, muy tempranamente en su vida, el 3 de diciembre de 2020, paradójicamente, el Día Panamericano del Médico, por estar cumpliendo con sus deberes profesionales en favor de los afectados de la pandemia.

El Dr. Labrador, médico egresado de esta Facultad de Medicina de la Universidad del Rosario, en 1983, es recordado por su familia, amigos y colegas como un hombre entregado a su labor, promotor de los valores y la humanidad que han destacado al médico rosarista. En Cúcuta, su ciudad natal, fue reconocido siempre como un médico querido y destacado en su labor. Sus pacientes y estudiantes lo conmemoran como un profesional entregado al servicio y a sus pacientes.

El Dr. Labrador era el padre de María Sofía Labrador, médica graduada de la primera promoción de estudiantes de la Universidad del Rosario, que se recibieron como médicos bajo el nuevo currículo de la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud y quien es coautora de este tercer tomo. Recordamos que, durante la sesión solemne de graduación de esta promoción, el 14 de junio de 2019, “Memo”, como le decían sus amigos y familiares, muy emocionado y orgulloso, por delegación del decano, le

entregó personalmente el diploma de grado como médica rosarista a su hija Sofía, a quien le había transmitido todos los valores que ejerció en su práctica, así como su amor, apoyo y confianza.

Cuando escribimos el epílogo de este libro, anotábamos que su escritura se había terminado durante la pandemia de Covid-19, que aún no termina. Por eso, finalmente, en estas páginas en las que historiamos la construcción y el desarrollo de la Facultad de Medicina y la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, y en las que habitan entre líneas todas las personas que pasaron por este Programa, en calidad de estudiantes, profesores, funcionarios o directivas, queremos dedicarles también este libro a todos y todas las profesionales de la salud rosaristas y que han creado vida y trabajo, teniendo como faro los aprendizajes heredados de esta universidad. Pero, sobre todo, a todos aquellos que perdieron su vida trabajando arduamente contra esta pandemia, que ha afectado en tan gran manera al mundo y a Colombia, y a quienes aún siguen trabajando valientemente en primera fila contra ella.

## Agradecimientos

Los autores de este libro queremos agradecer a la Universidad del Rosario y a la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud por el tiempo asignado para realizar las investigaciones y para escribir el documento final, que dieron lugar a esta obra; al decano de Medicina, Gustavo Adolfo Quintero Hernández, por el respaldo otorgado al proyecto y por la paciencia para esperar los resultados; a todos los profesores y funcionarios de la Universidad y de la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, así como a las personas que, aunque ya no forman parte de la institución, sí lo hicieron en algún momento, y que aportaron sus conocimientos y recuerdos para completar esta historia. Ellos fueron, en orden alfabético, Ricardo Alvarado, Juan Manuel Anaya, Felio Bello, Leonardo Briceño, Julieta Calvo, Ciro Casadiego, Jorge Correa, Antonio Miguel Cruz, Israel Cruz Velandia, Ángela María Espinosa, Alberto Fergusson, Sandra Fernández, Ana Isabel Gómez, Beatriz Gómez, María Isabel González, Andrés Isaza, Martha Negrete, Luis Enrique Nieto, Ximena Palacios, Jaime Pastrana, Manuel Alfonso Patarroyo, Andrés Manuel Pérez, Ruth Pérez, Sandra Pulido, Gustavo Quintero, María Clara Quiroz, Carlos Martín Restrepo, William Ricardo Rodríguez Dueñas, Ángela María Ruiz, José Miguel Suescún, Carlos Trillos, Camilo Valderrama y Alberto Vélez. A todos ellos muchas gracias por la invaluable información que nos aportaron y, muy especialmente, a Catalina Latorre que, con su conocimiento vivo de la historia de la Facultad y de la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, durante los últimos 33 años, nos ayudó a configurar parte fundamental de ella.

Igualmente, queremos dar un agradecimiento muy especial a los estudiantes del programa de Medicina María Sofía Labrador Morales, Tatiana Roa Losada, María Catalina Sánchez Martínez y Carlos Julián Yaya Quezada, quienes escogieron realizar su Módulo Selectivo de Profundización en Investigación en el marco de este proyecto, durante el noveno y décimo semestre del Programa y la parte electiva de su internado rotatorio. Parte de esa investigación la llevaron a cabo actuando como asistentes de investigación en la segunda parte del proyecto Historia de la Facultad de Medicina del Rosario, desde el segundo semestre de 2017 hasta el primero de 2019<sup>1</sup>. Dicho Proyecto, que dio origen a este libro, fue desarrollado en la Línea de Estudios Sociales de la Salud, del Grupo de Estudios Sociales, de las Ciencias, las Tecnologías y las Profesiones (GESCTP).

También queremos extender estos agradecimientos a Sandra Pulido, secretaria Académica de la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud y a Martha Negrete Martínez, en su momento, secretaria académica del Programa de Medicina, por facilitarnos el acceso al Archivo de la Secretaría Académica y a los Libros de Actas del Consejo Directivo y del Consejo Académico, así como a la Secretaría General de la Universidad, el Archivo Histórico de la Universidad y el Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación (CRAI) de la Universidad por facilitarnos los materiales documentales y bibliográficos necesarios para el desarrollo de este proceso.

Igualmente, un caluroso agradecimiento al decano Gustavo Hernández y a las profesoras Ana Isabel Gómez Córdoba, Martha Negrete Martínez y Catalina Latorre Santos por haber leído la versión prefinal del texto y haber hecho los comentarios y correcciones necesarias que permitieron la elaboración del documento final.

Y, finalmente, damos gracias a nuestras familias por la comprensión y el apoyo, y por tolerar nuestras ausencias durante el tiempo que trabajamos en el proyecto.

## **Los investigadores**

Bogotá, D. C., 26 de junio de 2020

---

<sup>1</sup> Una vez graduada como médica, María Catalina Sánchez Martínez fue contratada para que continuara trabajando en el Proyecto hasta el final.

# Prólogo

**Gustavo Adolfo Quintero Hernández**

Decano Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud

Universidad del Rosario

Presidente Junta Directiva de ASCOFAME

La obra de Quevedo y colaboradores, cuyo último libro tienen ustedes en sus manos, completa el relato histórico sin precedentes de la medicina rosarista que ha transcurrido desde la Colonia, inserta en una realidad social, cultural e histórica, como se muestra constantemente en el libro a manera de parangón.

Porque la educación médica no es otra cosa que el proceso para la formación de los médicos, subordinado a las estructuras económicas y sociales dominantes en las sociedades en las cuales se lleva a cabo (García, 1972). Bajo esa conceptualización, que compartimos, la formación del médico no puede estar disociada de esa realidad en la cual se desarrolla, ni del sistema de salud en el cual incide.

Los autores de esta obra lo han entendido así al presentarnos este libro sobre la *Historia de la Facultad de Medicina y de la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad del Rosario 1969-2019*, que complementa los dos títulos previos; el primero, de Quevedo y Camilo Duque Naranjo, sobre *La historia de la Cátedra de Medicina de 1653-1865* y el segundo, de Quevedo

y Juliana Pérez González, sobre *La restauración de los Estudios de Medicina en el Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario 1965-1969*.

En los tres períodos encuentra uno la constante preocupación de la escuela médica rosarista por los aspectos curriculares como determinantes de los desenlaces del proceso educativo. Sin duda alguna, esto ocurrió en el primer período con las contribuciones de Mutis, padre de la medicina colombiana, al instituir en 1802 el primer currículo médico en el Virreinato de Nueva Granada, en el marco de las reformas sanitarias borbónicas; lo mismo en el período de la restauración de los estudios de medicina con el currículo disruptivo de Fergusson en 1965, al fragor de la discusión nacional alrededor de la pregunta sobre ¿cuál era el médico que Colombia necesitaba? para ese momento; y, en el último período, con la renovación curricular de 2013, como respuesta a la gran crisis epistemológica y social de la salud y de la profesión, en el entorno del sistema neoliberal hegemónico.

Esta última, fundamentada en una reconceptualización de la definición del proceso salud-enfermedad, como uno social y cultural, sobre el cual está subsumido lo biológico y lo psicológico. Toda una revolución de la forma de entender la salud y, en consecuencia, de enseñarla. Una aproximación socio-humanística y no biologista del proceso que nunca debió ser abandonada y que, ciertamente, hay que rescatar.

Me he deleitado una y otra vez leyendo y releendo esta obra, porque no es solo un libro de historia de la medicina rosarista, sino del país. Pero es también una historia de la educación médica colombiana muy ligada a la historia de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (ASCOFAME), tantas veces mencionada en él, y de la cual el Rosario fue protagonista en el momento de la restauración de los estudios médicos por la confrontación entre el modelo francés de enseñanza médica y el flexnerismo que se imponía en la época, lo cual le valió una aprobación tardía de su currículo, que contrasta con el protagonismo actual.

El libro está lleno de apuntes importantes y, a pesar de su extensión, es enganchador y de fácil lectura. Las notas al pie de página son de una inmensa riqueza para profundizar en ciertos aspectos que cautivan en la lectura del texto; para comprender la historia de los acontecimientos y, en ciertos momentos, para entender el origen de las inequidades y

desigualdades de un sistema de salud ineficiente que hay que cambiar. La investigación documental es monumental. Cuenta con más de 400 referencias y entrevistas a múltiples actores de diferentes épocas. Esto constituye un esfuerzo exhaustivo por encontrar y consignar cada hecho con la mayor probidad posible, lo cual es de inmenso valor para un libro de historia.

Ojalá este se convirtiera en texto obligado para los nuevos rosaristas. Reivindica muchas acciones importantes de tanta gente que me voy a tomar el trabajo de sacar una lista de ellos para tenerlos presentes en la entrega del libro. Demuestra que la historia se escribe a muchas manos y que no se puede olvidar que, cada cual en su momento, ha hecho posible lo que hoy se tiene, pero, sobre todo, demuestra la entrega de todos los que de una u otra manera han podido mantener esta restauración por más de medio siglo.

El período que se inició en 1969 ha sido, ciertamente, el renacer de una ilusión. Ilusión que se ha venido desarrollando a lo largo de estos cincuenta años con infinidad de actores que han hecho posible, cada uno, que este trasegar sea continuo; que no se haya detenido ante las muchas vicisitudes que se han encontrado en el camino, algunas más graves que otras, y que esta obra deja apreciar en su dimensión real.

Al borde de la celebración de los cincuenta años de la restauración de los estudios de medicina en el Rosario, en 2015, y muy recién comenzando mi primer período como decano, le pedí a Emilio que empezara esta obra que hoy presenta. Jamás imaginé la magnitud del encargo y solo ahora comprendo la dificultad de terminarla a tiempo, lo que hizo, entre otras cosas, que estiráramos, enhorabuena, el fin del período hasta la graduación de la primera promoción del nuevo currículo, en junio 14 de 2019.

Como bien lo describen los autores en el Epílogo, esta obra se terminó de escribir 96 días después de decretada una cuarentena nacional, en virtud de la mayor crisis sanitaria que el mundo haya enfrentado en los últimos cien años, ocasionada por el SARS-CoV-2, virus efector de la Covid-19.

Las pérdidas en vidas humanas han sido inimaginables y la pandemia ha dejado al descubierto, entre muchas otras cosas, la fragilidad del ser humano, la necesidad de cambiar el sistema de salud, la importancia de la medicina y de las ciencias de la salud, del socio-humanismo, de aceptar una nueva definición del proceso salud-enfermedad como la que hemos

apropiado en el planteamiento de nuestra propuesta educativa, la pertinencia de buscar el Estado de bienestar, en el cual el falso dilema entre economía y salud no tiene cabida y para lo cual es necesario repensar si llegó el fin del modelo neoliberal y de la globalización.

La pandemia nos está dejando también la esperanza de una nueva normalidad y de un mundo de oportunidades para el sistema educativo y el de salud, que no volverá, como tantas muchas otras cosas, a ser lo mismo; y ahí, en ese contexto desolador, pero lleno de expectativas, en el cual este libro se termina, el renacer de la ilusión sigue vigente y solo queda un continuará...

## **Referencia**

García, J. C. (1972). La educación médica en la América Latina. *Publicación Científica* n.º 255. Washington, Organización Panamericana de la Salud, OPS.

## Presentación

El libro que presentamos hoy al público recoge los resultados de investigación de la tercera fase del proyecto *Historia de la Facultad de Medicina de la Universidad del Rosario*, coordinado por Emilio Quevedo V., en el cual participaron diferentes autores en cada una de las fases y que funcionó como un proyecto de carácter colectivo, incluyendo tanto las actividades de recolección, clasificación y análisis de las fuentes primarias y de la bibliografía secundaria como las de redacción del texto final. El proyecto fue financiado en todas sus fases por la Universidad del Rosario: las fases I y II, por el Centro de Investigaciones, Estudios y Consultorías de la Universidad (CIEC); y la fase III, por la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud.

Este libro es, por lo tanto, la continuación de dos volúmenes previos<sup>2</sup>. En el primero, se presentaron los resultados de la primera fase y en él se relató la historia de la Cátedra de Medicina en el Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario durante el período colonial (1653-1810) y de la Facultad del período republicano, (1826-1865) (Quevedo V. & Duque N., 2002). En el segundo, se expusieron los resultados de la segunda fase, que analizó la historia de la restauración de los estudios de Medicina en

---

<sup>2</sup> Existe un tercer libro titulado *Historia de la Cátedra de Medicina durante el período Republicano (1839-1867)*, escrito por Camilo Duque naranjo, que hace parte de la Colección Cuadernos para la Historia del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, pero que no formó parte de este proyecto y fue financiado por el CIEC como un proyecto aparte (Duque Naranjo, 2003).

el siglo XX en dicha Universidad, entre 1965 y 1969, período que se inició desde el momento de la reapertura y llegó hasta la renuncia de su primer decano, el patólogo Guillermo Fergusson Manrique, a raíz de un conflicto que se vivió en la Facultad por la puesta en escena de una obra, escrita y realizada por los estudiantes del Grupo de Teatro, en la que se criticaba al Papa Pablo VI y a su encíclica *Humanae vitae* (Quevedo V. & Pérez G., 2009: 207-289). En ese segundo volumen se presentó también el análisis de lo ocurrido con la educación médica en el país en los cien años durante los cuales la Facultad de Medicina de la Universidad del Rosario estuvo cerrada (1865-1965).

Este tercer volumen expone, de manera sucinta, los procesos de desarrollo histórico de esta nueva Facultad a partir de mayo de 1969, momento en que se inició la decanatura del gineco-obstetra Arturo Aparicio Jaramillo y hasta junio de 2019, cuando se graduó la primera promoción de estudiantes formados bajo el nuevo currículo del Programa de Medicina estando este ya integrado a la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud<sup>3</sup>, durante la decanatura de Gustavo Quintero Hernández<sup>4</sup>.

Para contar esta historia la hemos dividido en cuatro partes: una *primera parte*, titulada RESTAURACIÓN; una *segunda parte*, titulada CONSOLIDACIÓN Y DESARROLLO; una *tercera parte*, titulada SEPARACIÓN Y RECONSTRUCCIÓN; y, una *cuarta parte*, llamada CODA FINAL. Desde el punto de vista historiográfico, se han establecido dos grandes períodos, incluyendo un resumen de aquella porción del primer período que fue estudiado previamente en el volumen dos (1965-1969) y que constituye la *primera parte* de este relato

---

<sup>3</sup> El 17 de julio de 2009, mediante el Decreto Rectoral n.º 1070, se creó la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud (EMCS) y se integraron a ella la Facultad de Medicina y las Facultades de Rehabilitación y Desarrollo Humano. Al ocurrir dicha integración, la Facultad de Medicina desapareció como tal y tanto el Programa de Medicina como el de Psicología que la conformaban entraron a formar parte del conjunto de Programas Académicos de la EMCS, con los de Fisioterapia, Fonaudiología y Terapia Ocupacional, que componían la Facultad de Rehabilitación y Desarrollo Humano, la cual también desapareció como tal en ese momento (*Nota de los autores*).

<sup>4</sup> El Nuevo Currículo del Programa de Medicina, integrado a la nueva Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad del Rosario desde 2009, había sido puesto en marcha desde el segundo período académico de 2013, y se había diseñado bajo el liderazgo del cirujano Gustavo Quintero Hernández y su equipo asesor de la reforma, durante la decanatura del neurólogo Leonardo Palacios Sánchez.

histórico titulada RESTAURACIÓN<sup>5</sup>. La definición de estos dos grandes períodos se basó en la identificación de un importante cambio estructural y tendencial marcado por la separación de las dos instituciones que dieron origen a la Facultad de Medicina.

La *segunda parte*, CONSOLIDACIÓN Y DESARROLLO, contiene el primer gran período, que se inició con la decanatura de Arturo Aparicio Jaramillo, quien sucedió a Fergusson en el cargo, a partir de abril de 1969, y que concluyó treinta años después, en diciembre de 1999, momento en el que se terminó el contrato entre la Universidad del Rosario y la Sociedad de Cirugía de Bogotá, durante la decanatura del también gineco-obstetra Jaime Pastrana Arango.

En la *tercera parte*, SEPARACIÓN Y RECONSTRUCCIÓN, se relata el segundo gran período, que se refiere al lapso comprendido entre el inicio del año 2000, momento en el que la Facultad de Medicina comenzó a depender exclusivamente de la Universidad del Rosario y se trasladó en su totalidad a la sede de la Quinta de Mutis. Este segundo período terminó el 14 de junio de 2019, cuando se graduó la primera promoción de estudiantes formados bajo el nuevo currículo del Programa de Medicina de la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud (EMCS) de la Universidad del Rosario, durante la decanatura de Gustavo Quintero Hernández. Este segundo gran período tuvo una duración de 19 años. La *cuarta parte*, CODA FINAL, incluye las reflexiones finales y el Epílogo.

La fecha de cierre de este relato histórico corresponde a una elección metodológica de los autores de este texto para fines prácticos de esta investigación. Dicha elección estuvo relacionada con el tiempo de duración aprobado para este proyecto. Sin embargo, implica un cambio tendencial en el proceso histórico de la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud. En investigaciones posteriores se podrán definir las posibles implicaciones de los cambios ocurridos en torno a esta fecha, como consecuencia de la reforma curricular. Pero sí vale la pena resaltar que en ese momento se

---

<sup>5</sup> El lector interesado en profundizar su conocimiento sobre el período inicial de 1965 a 1969 puede consultar el segundo tomo de esta obra, titulado *De la restauración de los estudios de medicina en el Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, 1965-1969* (Quevedo V. & Pérez G., 2009).

consolidó un proceso, que se había iniciado desde el año 2005<sup>6</sup>, relacionado con la puesta en marcha de la restructuración total del Programa de Medicina, pero que desde 2009 se intensificó, cuando Gustavo Quintero entró a la Universidad en el cargo de asesor de la Rectoría para dicha reforma curricular y tomó en sus manos dicho proceso, consolidando un grupo de trabajo que sacó adelante la reforma.

Cada uno de los dos grandes períodos de carácter historiográfico se han subdividido a su vez en tres subperíodos con el fin de identificar algunos procesos de cambio de los diferentes elementos que componen su devenir histórico. Sin embargo, por su magnitud, estos no alcanzaron a modificar las tendencias ni las estructuras dominantes en cada uno de esos dos grandes períodos de la Facultad de Medicina.

Así, el primer gran período se dividió en tres subperíodos. El primero de ellos, como hemos dicho, se inició el 24 abril de 1969, a partir de la renuncia definitiva e irrevocable del primer decano, Guillermo Fergusson Manrique, y la toma de posesión de Arturo Aparicio Jaramillo como nuevo decano de la Facultad de Medicina<sup>7</sup>. Este subperíodo es una extensión, con algunos cambios, del período de 1965 a 1969, ya descrito en el segundo tomo de esta obra (Quevedo V. & Pérez G., 2009). El subperíodo se cerró en 1988, cuando la Facultad de Medicina comenzó dos grandes procesos de cambio. El primero de ellos se inició a comienzos de ese año con la creación de la Oficina Curricular<sup>8</sup> y del Comité de Currículo. Estas instancias académicas estuvieron encargadas de revisar, durante ese año, el Plan de Estudios original y de elaborar el documento que incorporaría

---

<sup>6</sup> En efecto, en 2005 se creó un equipo, liderado por Juan Mendoza Vega, el cual en esta primera fase evaluó los currículos de los programas de Medicina pertenecientes a las universidades más reconocidas del mundo y estableció las primeras bases para adelantar la reforma.

<sup>7</sup> El 13 de abril de 1969 el decano Guillermo Fergusson Manrique presentó renuncia irrevocable de su cargo (Quevedo V. & Pérez G., 2009: 239-241), situación por la cual el rector Antonio Rocha Alvira nombró como nuevo decano de la Facultad de Medicina a Arturo Aparicio Jaramillo, mediante el Decreto Rectoral n.º 31 del 22 de abril de 1969, quien tomó posesión de su cargo el 24 de abril. Decreto Rectoral n.º 31 del 22 de abril de 1969.

<sup>8</sup> Oficina que fue dirigida por José Heber Astaiza, quien había estado vinculado al ICFES.

los cambios curriculares exigidos por el Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior (ICFES) para la aprobación definitiva de la Facultad, la cual se produjo en diciembre de ese año (Astaiza, 1996: 331-335). El segundo proceso de cambio, consecuencia más o menos directa del primero, fue la transformación del Departamento de Salud Pública<sup>9</sup> en Departamento de Medicina Preventiva, la cual ocurrió en el transcurso de ese año con la vinculación de los salubristas Ricardo Alvarado y Julieta Calvo, quienes se habían formado en Israel, en el campo de la atención primaria enfocada a la comunidad (Alvarado, 2015; Astaiza, 1996: 334; Calvo & Valderrama, 2018). Durante este subperíodo, la Facultad estuvo centrada en la educación de médicos generales que, en su mayoría, una vez graduados, continuaban su adiestramiento como especialistas en áreas médico-quirúrgicas y los temas de Salud Pública y Medicina Preventiva se enseñaban como elementos extremadamente colaterales de la formación médica, según lo comentaba José Heber Astaiza, jefe de la Oficina Curricular en 1996 (Astaiza, 1996: 332).

El segundo subperíodo comenzó a partir de 1988, por una parte, con la inauguración de los programas extramurales en Atención Primaria, Medicina Preventiva y Salud Comunitaria, en La Mesa, Cundinamarca, y en el Centro de Salud n.º 92 del barrio Patio Bonito, de la localidad de Kennedy, en Bogotá<sup>10</sup> (Alvarado, 2015; Calvo & Valderrama, 2018), todos ellos coordinados por el nuevo Departamento de Medicina Preventiva; y, por otra parte, con la puesta en marcha de la nueva estructura curricular aprobada por el ICFES (Astaiza, 1996: 332). El subperíodo terminó con la firma del nuevo Convenio Docente-Asistencial entre el Colegio Mayor de

---

<sup>9</sup> Parece ser que en este aspecto no había mucha claridad entre las directivas de la Facultad, pues en las actas del Consejo Directivo y en otros documentos este Departamento es llamado, indistinta e indiferenciadamente, unas veces como Departamento de Salud Pública y otras veces como Departamento de Medicina Preventiva. A partir de ese momento, dicho Departamento estabiliza su nombre como Departamento de Medicina Preventiva y su orientación cambia definitivamente volcándose al desarrollo de la Atención Primaria centrada en la Comunidad.

<sup>10</sup> Calvo Suárez, A. J. (1989). *Propuesta de Apoyo al Desarrollo Social desde Salud para Patio Bonito-Kennedy*. Departamento de Medicina Preventiva, Facultad de Medicina, Universidad del Rosario. Archivo del Departamento de Salud Comunitaria de la EMCS, de la Universidad del Rosario.

Nuestra Señora del Rosario y la Sociedad de Cirugía de Bogotá, firmado el 19 de diciembre de 1994. Este subperíodo se caracterizó por la existencia de una escuela médico-quirúrgica, pero que tenía un importante componente de salud comunitaria, más integrado y con mayor peso en la formación médica que el que tenía el antiguo Departamento de Salud Pública, pero no totalmente articulado de forma clara al modelo médico-quirúrgico.

El tercer subperíodo transcurrió entre 1994 y 1999. Se inició con la firma del mencionado nuevo Convenio entre la Sociedad de Cirugía de Bogotá y el Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, por el cual se modificó el tipo de relación entre las dos instituciones, sustituyendo los convenios previos de cooperación entre ellas (1965, 1982 y 1993) por uno nuevo que instauró un régimen de prestación de servicios docente-asistenciales por parte de la Sociedad al Colegio Mayor. El subperíodo estuvo marcado por una serie de cambios en la estructura curricular y administrativa, tendientes a formalizar la futura separación de la Universidad y de la Sociedad de Cirugía. Este tercer subperíodo y el primer gran período se cerraron en diciembre de 1999, con la terminación definitiva del Convenio entre la Sociedad de Cirugía de Bogotá y la Universidad del Rosario y la separación de las dos Instituciones, con todos los avatares que eso implicó, incluyendo la pérdida de la posibilidad de continuar utilizando, como campo de práctica docente-asistencial, las instalaciones del Hospital de San José.

El segundo gran período (2000-2019) se subdividió, a su vez, en otros tres subperíodos, un poco más cortos, pero no menos importantes. El primero, se inició en enero de 2000, cuando el Colegio Mayor del Rosario trasladó sus últimos grupos de estudiantes de las áreas clínicas a la sede de la Quinta Mutis, después de terminar la relación con la Sociedad de Cirugía de Bogotá. De esta forma, la totalidad de los estudiantes de Medicina quedaron articulados a la nueva estructura académica, la Escuela de Ciencias de la Salud, que había sido creada el 6 de febrero del año anterior y que estuvo conformada por las facultades de Medicina, Fisioterapia, Fonoaudiología y Terapia Ocupacional. Así, por primera vez en su historia, estas facultades quedaron todas reunidas definitivamente bajo un mismo techo, en terrenos propios de la Universidad, y bajo el control del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario. Este subperíodo, que estuvo

también marcado por la búsqueda de un modelo curricular integrado y de un hospital universitario propio, terminó, en 2009, con la transformación de la Escuela de Ciencias de la Salud en Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, con una nueva estructura académica y administrativa.

El segundo subperíodo se inició con la mencionada creación de la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, mediante el Decreto Rectoral n.º 1070 del mismo año, que integró las dos facultades existentes, la de Medicina (que incluía los programas de Medicina, Psicología e Ingeniería Biomédica)<sup>11</sup> y la de Rehabilitación y Desarrollo Humano (la cual se había constituido por la unión de los tres programas previamente existentes: Fonoaudiología, Terapia Ocupacional y Fisioterapia), convirtiendo a todas ellas en programas dependientes de esta nueva Escuela. El subperíodo se cerró en febrero del 2013, cuando se obtuvo la Resolución n.º 1207 del Ministerio de Educación Nacional, por la cual se aprobó el nuevo currículo del Programa de Medicina, que respondía a las más contemporáneas tendencias de la educación médica y que se inauguró a partir del segundo semestre de ese año.

El tercer y último subperíodo corresponde a la implementación y puesta en marcha del proceso de renovación curricular del Programa de Medicina, a partir de 2013, y a la consolidación del proceso de construcción de un Programa Educativo Institucional integrado para la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud<sup>12</sup>. El subperíodo se cierra, para efectos de esta investigación, el 14 de junio de 2019, cuando el Programa de Medicina graduó su primera promoción formada en el nuevo currículo.

No obstante, para desarrollar el primer período se hizo necesario retomar brevemente algunos de los elementos historiados en el volumen dos,

---

<sup>11</sup> El Programa de Psicología se había incorporado a la Facultad de Medicina en el 2005, e implicó la firma de un convenio de cooperación y doble titulación con la Universidad de Bolonia, Italia. El de Ingeniería Biomédica se había integrado también a la Facultad de Medicina en 2009. Este último se puso en marcha en virtud de un convenio firmado con la Escuela Colombiana de Ingeniería “Julio Garavito”.

<sup>12</sup> Desde 1996 había comenzado a pensarse en la articulación de una Escuela de Ciencias de la Salud que integrara, bajo una sola decanatura, los programas de salud existentes en la Universidad, cada uno de ellos en cabeza de un director de programa. No obstante, las altas directivas de la Institución consideraron que la propuesta no llegaba en el momento oportuno (Gómez Córdoba, 2018).

con el fin de garantizar la continuidad y la comprensión del relato histórico, al conectarlo con procesos iniciados desde el período 1965-1969. Como se dijo arriba, estos elementos quedaron recogidos en un corto resumen del tomo II, que conforma la *primera parte* del relato, titulada RESTAURACIÓN.

La construcción de esta historia se apoyó, por una parte, en documentos oficiales del Archivo Histórico de la Universidad, del Archivo de la Facultad de Medicina y del de la Secretaría Académica de la Facultad (hoy Programa de Medicina); y, por otra, en entrevistas realizadas a algunos de los actores más importantes de esa historia y en los recuerdos personales de algunos de ellos<sup>13</sup>. En ciertos momentos, como ocurre en el primer gran período, la documentación es escasa, por la pérdida de varias masas documentales o porque la mayoría de los actores ya han fallecido. La elaboración de este tercer volumen se apoyó también en un texto inédito compilado por el endocrinólogo Eric Hernández Triana, el oftalmólogo y exdecano Alfonso Tribín Ferro y por el neurólogo y exdecano Leonardo Palacios Sánchez (Hernández Triana, Tribín Ferro & Palacios Sánchez, 1996). Ese texto, que se preparó para la celebración de los primeros treinta años de la reapertura, pero que nunca se publicó, recogió aspectos inéditos de la historia de la Facultad, desde 1965 hasta 1996, que aquí revivimos.

En este libro, que hoy entregamos al lector, no se pretendió hacer una simple historia descriptiva de los hechos ocurridos en el proceso interno de desarrollo de la Facultad de Medicina, hoy Programa de Medicina de la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad del Rosario, desde 1969 hasta 2019. Nuestro relato está permanentemente atravesado por el análisis de los procesos históricos, políticos, sociales, económicos, culturales, médicos y sanitarios ocurridos en el país, y, en ciertos casos, en el ámbito internacional, durante esos mismos años.

Algunos de estos hechos explican, en buena parte, lo ocurrido en el ámbito interno de la Institución; sin embargo, se mencionan también acontecimientos y procesos de la vida nacional que, aunque aparentemente

---

<sup>13</sup> El lector notará que cuando citamos apartados que tienen como referencia una entrevista, no precisamos las páginas correspondientes, como lo hacemos rigurosamente con los documentos escritos, debido a que estas entrevistas las conservamos en archivos digitales de audio.

no tienen relación directa con la historia interna de la Facultad, sí permiten comprender el marco contextual general en que dicha historia estaba ocurriendo. Además, en este libro se reconoce claramente el papel de los sujetos que participaron en los procesos de esta historia interna de la Facultad, pero entendemos que cada uno de ellos es, además, un sujeto social y político; y, por lo tanto, expresan, en cada momento de su actuar, sus orientaciones ideológicas, políticas, profesionales y científicas, las cuales siempre estuvieron articuladas a los procesos históricos, sociales y culturales hegemónicos en el país en cada uno de los momentos estudiados en este volumen. Los sujetos aparecen, pues, formando parte de las redes a las que estaban articulados y, simultáneamente, inmersos en los diferentes ámbitos en los que convivieron con los otros actores de esas redes.

El lector encontrará, entonces, tres relatos simultáneos interconectados en este libro: una historia interna de la Facultad de Medicina, que da cuenta de los acontecimientos propios de la Institución; una segunda historia, de carácter externo, que explica las relaciones entre dicha Facultad y los desarrollos de la educación médica y del campo de la medicina y de la salud, en los ámbitos nacional e internacional; y una tercera historia, que hace explícitas las relaciones entre los procesos sociales, económicos y políticos del país y las dos anteriores historias.

Para lograr esto, además de apoyarnos en las fuentes primarias<sup>14</sup> relacionadas con la historia interna de la Facultad y en las entrevistas realizadas con aquellos actores que aún están vivos, este relato histórico se apunala también en la información y el conocimiento histórico aportados por aquella bibliografía secundaria<sup>15</sup> que ha sido escrita por historiadores y científicos sociales, para dar cuenta del devenir histórico nacional e internacional en diferentes ámbitos<sup>16</sup>.

---

<sup>14</sup> Entendemos aquí por “fuentes primarias” todos aquellos documentos originales producidos en cada uno de los períodos por estudiar.

<sup>15</sup> Entendemos aquí por “bibliografías secundarias” toda aquella producción escrita que estudia, retrospectivamente, uno o varios períodos históricos determinados.

<sup>16</sup> Al respecto, vale la pena anotar que existen muy pocos libros de historia de Colombia relacionados con el período comprendido entre 1980 y 2019. Los historiadores poco trabajan sobre la historia reciente. Esto nos obligó a apoyarnos repetidamente en los pocos textos existentes para contextualizar ese período. Uno de los trabajos que nos fue

Como decía el historiador francés Fernand Braudel, “la historia es una canción que se puede cantar a varias voces” (Braudel, 1979). Esta historia retoma esta propuesta y trata de construir una historia “polifónica” de ese devenir de la Facultad de Medicina, hoy Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad del Rosario.

Bogotá, 26 de junio de 2020

Los autores

---

más útil al respecto, por ser uno de los que más ampliamente revisa esos períodos, fue el libro titulado *Colombia siglo XX. Desde la guerra de los Mil Días hasta la elección de Álvaro Uribe*, escrito por el historiador César Torres del Río, magíster en Historia de la Universidad Nacional de Colombia y doctor en Historia de la Universidad de Brasilia, de Brasil, y publicado en 2010 (Torres del Río, 2010) y, por eso el lector lo encontrará repetidamente citado en lo referente a la historia de Colombia de los últimos años.

## Los autores

### **Emilio Quevedo V.**

Médico y cirujano de la Universidad del Rosario; Especialista en Pediatría de la Universidad de Antioquia; *Ph. D.* en Estudios Sociales de las Ciencias de la Deakin University (Geelong, Victoria, Australia). Profesor Titular de la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, fundador y director del Grupo de Estudios Sociales de las Ciencias, las Tecnologías y las Profesiones, y fundador y coordinador del Eje de Socio-Humanismo del Programa de Medicina de la Universidad del Rosario. Investigador Principal del proyecto Historia de la Facultad de Medicina de la misma universidad.

### **Leonardo Palacios-Sánchez**

Médico y cirujano, Especialista en Neurología y Docencia Universitaria de la Universidad del Rosario; *Fellow* en Neurología Infantil de la Universidad de París V, René Descartes. Profesor Titular de la Unidad de Neurociencia de la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud. Cofundador y miembro del Grupo de Investigación en Neurociencias (NEUROS). Cofundador y director de la línea Neurociencia y Humanidades del Grupo NEUROS y del Centro de Investigación en Neurociencia Neurovitae. Fundador del curso “Educando para la Felicidad”. Coinvestigador del proyecto Historia de la Facultad de Medicina de la Universidad del Rosario.

### **María Camila Núñez-Gómez**

Profesional en Artes Liberales en Ciencias Sociales de la Universidad del Rosario. Estudiante de la Maestría en Estudios Sociales de la Ciencia de la Universidad Nacional. Profesora Auxiliar de la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud y miembro del Grupo de Estudios Sociales de las Ciencias, las Tecnologías y las Profesiones de la Universidad del Rosario. Coinvestigadora del proyecto Historia de la Facultad de Medicina de la misma universidad.

### **María Catalina Sánchez-Martínez**

Médica de la primera cohorte del nuevo currículo del Programa de Medicina de la Universidad del Rosario, con énfasis en Investigación en el Grupo de Estudios Sociales de las Ciencias, las Tecnologías y las Profesiones. Profesora Auxiliar de la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud y estudiante de la Maestría en Salud Pública de la Universidad del Rosario. Coinvestigadora del proyecto Historia de la Facultad de Medicina de la misma universidad.

### **Cindy Katherin Canti R.**

Diseñadora gráfica de la Escuela de Artes y Letras de Bogotá. Asistente de investigación durante la primera parte del proyecto Historia de la Facultad de Medicina de la Universidad del Rosario.

### **María Sofía Labrador M.**

Médica de la primera cohorte del nuevo currículo del Programa de Medicina de la Universidad del Rosario, con énfasis en Investigación en el Grupo de Estudios Sociales de las Ciencias, las Tecnologías y las Profesiones, en calidad de asistente de investigación durante la segunda parte del proyecto Historia de la Facultad de Medicina de la Universidad del Rosario. Actualmente, es residente de cirugía en la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud (FUCS).

**Tatiana Roa L.**

Médica de la segunda cohorte del nuevo currículo de la Universidad del Rosario, con énfasis en Investigación en el Grupo de Estudios Sociales de las Ciencias, las Tecnologías y las Profesiones, en calidad de asistente de investigación durante la segunda parte del proyecto Historia de la Facultad de Medicina de la Universidad del Rosario. Actualmente, es estudiante de la Maestría en Salud Pública de la misma universidad.

**Carlos Julián Yaya Q.**

Médico de la primera cohorte del nuevo currículo del Programa de Medicina de la Universidad del Rosario, con énfasis en Investigación en el Grupo de Estudios Sociales de las Ciencias, las Tecnologías y las Profesiones, en calidad de asistente de investigación durante la segunda parte del proyecto Historia de la Facultad de Medicina de la Universidad del Rosario. Actualmente, es estudiante de la Maestría en Salud Pública de la misma universidad.



**PRIMERA PARTE**

**RESTAURACIÓN. ANTECEDENTES:  
DE LA RESTAURACIÓN DE LA FACULTAD  
DE MEDICINA DEL COLEGIO MAYOR  
DE NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO  
HASTA SU PRIMERA CRISIS (1965-1969)**



## El renacer de una ilusión

La fundación de una Cátedra de Medicina del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario figuraba como una ilusión en la mente del arzobispo fray Cristóbal de Torres desde que comenzó a planear su viaje al Nuevo Reino de Granada. De hecho, incluyó en sus baúles de viaje, entre muchas otras cosas, varios libros de medicina de la época, los cuales todavía perduran en el Archivo del Colegio Mayor del Rosario. Pero dicha ilusión se concretó en 1651 cuando, por las propias gestiones del arzobispo, el rey Felipe IV de España expidió la Real Cédula Real de fundación del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario. Por ella daba licencia al arzobispo para “[...] fundar dicho Collegio en la ciudad de Santa Fe y que se lean a los Collegiales la doctrina de Santo Tomás, la jurisprudencia y la medicina, por personas graduadas en esas facultades”<sup>1</sup>.

Pero, en lo referente a la enseñanza de la medicina, la ilusión de fray Cristóbal y el deseo del rey no se pudieron cumplir inmediatamente, precisamente por falta en este Reino de “personas graduadas” en esta facultad. Después de varios intentos fallidos durante dos siglos y medio, solo hasta el 3 de octubre de 1802, José Celestino hizo realidad la ilusión de fray Cristóbal con la creación de una Cátedra de Medicina estable, que perduró, con unos pocos altibajos, hasta 1865. A partir de ese año, debido a una situación crítica que se presentó como consecuencia, por un lado,

---

<sup>1</sup> Felipe IV. Real Cédula de fundación del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, 1651. Archivo General de la Nación, Colegios, T. II, fls. 415-420.

de diversos conflictos políticos surgidos en el entorno nacional y local y, por otro, de dificultades económicas ocurridas en el ámbito interno institucional, como producto de los acontecimientos externos, la Cátedra de Medicina del Colegio del Rosario se cerró definitivamente<sup>2</sup>.

Cien años después, la ilusión de fray Cristóbal renació merced a los buenos oficios del rector del Colegio del Rosario, monseñor José Vicente Castro Silva: como consecuencia de los acuerdos entre este Colegio y la Sociedad de Cirugía de Bogotá, dueña del Hospital de San José, por iniciativa de esta última, pero también como resultado de la gran acogida e impulso que Castro Silva le dio a esa iniciativa y como una manera de revivir la ilusión de fray Cristóbal, la Facultad de Medicina del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario fue restaurada en 1965, durante la fase final del gobierno de Guillermo León Valencia. En el Hospital de San José realizaban sus prácticas clínicas los estudiantes de la Pontificia Universidad Javeriana, pero, a partir de 1963, esta institución comenzó a retirar progresivamente de allí a sus estudiantes, para trasladarlos a los servicios del Hospital de San Ignacio, de su propiedad y localizado en el campus de dicha Universidad (Cadena Rey & Cáceres, 1997: 153).

Para el año de 1965 dicho proceso había terminado y, como consecuencia, el Hospital de San José se había quedado sin estudiantes de Medicina y sin médicos internos, y solo permanecían en él unos pocos residentes que estaban matriculados en la Escuela de Posgrados del propio Hospital (Di Domenico, 2003: 5). Durante dicho proceso, las directivas de la Sociedad de Cirugía de Bogotá y del Hospital consideraron que la situación se estaba volviendo crítica, pues eran los estudiantes, los internos y los residentes quienes llevaban buena parte de la carga y de la responsabilidad asistencial del Hospital (Di Domenico, 1965). Comenzó a surgir así la idea de organizar una nueva Facultad de Medicina en esta institución y las directivas de la Sociedad de Cirugía de Bogotá y del Hospital de San José iniciaron

---

<sup>2</sup> Para un estudio a profundidad sobre ese primer período de la Cátedra de Medicina del Rosario, véase el trabajo de Quevedo V. & Duque N. (2002).

conversaciones con varias universidades de la ciudad, en busca de apoyo para el proyecto<sup>3</sup> (Becerra Lara, 1996 [1990]: 96).

Dicha Facultad surgiría en el marco del Frente Nacional, régimen político que se había iniciado el 7 de agosto de 1958, y, en sus primeros años, iba a estar teñida de buena parte de los conflictos y avatares, nacionales e internacionales, que implicó este acuerdo político. Por eso, antes de comenzar a analizar los inicios y la primera etapa de la Facultad de Medicina del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, haremos una breve síntesis de lo que estaba ocurriendo en el entorno político, social, sanitario y educativo en los ámbitos nacional e internacional, ya que el devenir de la Facultad está entroncado en buena parte de los acontecimientos que se presentaron durante el Frente Nacional.

---

<sup>3</sup> En esa época la ley colombiana no permitía que existiera ninguna facultad en ningún campo que no estuviera ligada a una universidad.



## **El panorama nacional e internacional entre 1958 y 1965<sup>4</sup>**

### **La instauración del Frente Nacional**

Este régimen político, conocido como el Frente Nacional, había sido el resultado de la alianza entre los dos partidos políticos tradicionales, el liberal y el conservador, e implicaba la alternancia de estos en el gobierno. La alianza había sido acordada por el Pacto de Benidorm (España), el 24 de julio de 1956, firmado por el líder liberal Alberto Lleras Camargo y el expresidente conservador radical Laureano Gómez Castro, en representación de sus dos partidos. Esta había sido conformada, entre otras cosas, para derrocar al régimen militar y populista del general Gustavo Rojas Pinilla (1953-1957) y para poner término a la crisis política que se vivía en el país. Luego, el 20 de marzo de 1957, mediante el llamado Pacto de Marzo, se establecieron los términos definitivos de la alianza. Este nuevo pacto fue firmado por el Directorio Nacional Conservador de inspiración

---

<sup>4</sup> En este apartado se presenta la situación del contexto nacional e internacional en el que surge y se desarrollan las primeras etapas de la Facultad de Medicina del Colegio Mayor del Rosario. El lector que esté más interesado en el desarrollo interno de la Facultad puede pasarlo por alto y continuar su lectura en el apartado “1969: ¡La primera crisis de la Facultad!”. No obstante, la lectura de este apartado sobre “El panorama nacional e internacional” le permitirá al lector tener una visión más clara de los conflictos y avatares en el marco de los cuales se creó y se desarrolló la Facultad y de qué forma los acontecimientos que ocurrieron en su interior estuvieron conectados con la vida del país y del continente (*Nota de los autores*).

ospinista y por los cuadros directivos del liberalismo encabezados por Alberto Lleras y Eduardo Santos (Sánchez A., 2017). Como consecuencia de una huelga general organizada por los miembros de la alianza y de las expresiones de oposición popular al régimen que durante dicha huelga se hicieron francamente manifiestas, el general Rojas Pinilla abandonó su cargo y salió del país, con rumbo a su exilio en España, en la madrugada del 10 de mayo de 1957. El “Jefe Supremo”, como él mismo se hacía llamar, ignorante de los acuerdos entre los dos partidos, nombró, antes de irse, una Junta Militar que garantizaría el regreso a las formas institucionales tradicionales (Galvis & Donadio, 1988: 529-544; Torres del Río, 2010: 235-237).

Una vez derrocado Rojas Pinilla, Lleras Camargo y Gómez Castro se volvieron a reunir en España y, el 20 de julio de 1957, firmaron el Pacto de Sitges, en el que consolidaron su propuesta de acuerdo: habría 12 años de gobierno conjunto entre los dos partidos, con paridad y alternación bipartidista en los diferentes organismos directivos del Estado; se llevaría a cabo una reforma a la Constitución de 1886, para fundamentar dicho acuerdo; y se celebraría un plebiscito aprobatorio de la reforma, con el fin de “fundar el nuevo sistema en la voluntad del pueblo (Melo, 2017: 231-232)”. Posteriormente, y para limar asperezas entre los conservadores ospinistas y los laureanistas, Laureano Gómez, como jefe conservador, propuso la candidatura liberal de Alberto Lleras Camargo para que ocupara el cargo de primer presidente del nuevo régimen político. De esta manera, para mantener la igualdad se añadieron cuatro años más de gobierno del Frente Nacional, para un total de 16, con el fin de asegurar la alternación en el poder ejecutivo de dos presidentes liberales y dos conservadores, entre 1958 y 1974 (Melo, 2017: 231-232). El 1.º de diciembre de 1957, la Junta Militar puso en marcha el plebiscito aprobado en Sitges, el cual, en efecto, ratificó los acuerdos, y las reformas constitucionales, que ellos implicaban.

Así, el 7 de agosto de 1958, se iniciaron los 16 años del Frente Nacional (1958-1974) con la posesión de Lleras Camargo como su primer presidente. Sin embargo, a pesar de las promesas que este nuevo régimen parecía ofrecer al país, la manera como se articuló finalmente el gobierno civil “limitó severamente el funcionamiento de los mecanismos de la democracia representativa”, pues se estipuló “que todos los puestos ministeriales,

legislativos y judiciales, así como otros cargos públicos no incluidos en la carrera administrativa, deberían repartirse equitativamente” entre los dos partidos (Hartlyn, 1993 [1988]: 22). Esto significaba que los electores solo podían votar para elegir entre uno u otro candidato propuesto por el partido político al que le tocaba el turno en el gobierno. “De este modo la alianza se volvió de hierro y el Frente Nacional se convirtió, como lo señaló [después] el político liberal Alfonso López Michelsen, en una especie de régimen de partido único, sin oposición, que volvía impensable cualquier propuesta que no contara con el consenso general” (Melo, 2017: 232). Este nuevo régimen de gobierno no estuvo exento de conflictos sociales, políticos y militares, debido tanto a los problemas de violencia heredados de los años anteriores, como a los que fueron surgiendo de las contradicciones internas entre los dos partidos y de las luchas sociales que estas implicaron<sup>5</sup> (Torres del Río, 2010: 243-252).

No obstante, a pesar de las limitaciones democráticas del nuevo régimen, la superación del régimen militar y el regreso a un gobierno liderado por las instituciones civiles creó en los colombianos la esperanza de un nuevo país, con unas regiones rurales libres de violencia y de conflicto y con unas ciudades viviendo en orden y en paz. Es decir, la esperanza de que la época de *La Violencia* había quedado atrás. Esto hacía suponer que, en las nuevas condiciones, el país se haría atractivo para los profesionales recién graduados de las diferentes carreras universitarias y que se neutralizaría así su flujo hacia el exterior, fenómeno que en ese momento se conocía como la “fuga de cerebros”. Esta nueva condición había puesto a pensar a las instituciones relacionadas con la salud y la educación médica, en la necesidad de comenzar a formar “el médico que Colombia necesitaba”

---

<sup>5</sup> Según Hartlyn, este régimen de coalición bipartidista fue el resultado del “dominio absoluto de la vida política por los dos partidos tradicionales que se establecieron en el siglo XIX, el conservador y el liberal”, que dividió y polarizó a la población colombiana (Hartlyn, 1993 [1988]: 22), pero también “fue la respuesta de la élite [liberal y conservadora] a la percepción de una crisis suscitada por el temor a ser excluidos del poder por el gobierno militar, la violencia potencialmente revolucionaria [que se había generado] en el campo [como consecuencia de la violencia bipartidista y estatal previa] y el estancamiento económico [resultado de dicha violencia]” (Hartlyn, 1993 [1988]: 21).

(Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, 1964b), marco coyuntural apropiado para la creación y desarrollo de la nueva Facultad.

## **La Alianza para el Progreso y sus reformas**

Mientras todo esto sucedía en el ámbito nacional, un acontecimiento internacional creó una nueva coyuntura para los Estados latinoamericanos. El 1.º de enero de 1959, un grupo de revolucionarios se tomó el poder en la isla Cuba. El posterior acercamiento de este movimiento revolucionario al socialismo y el apoyo que dicho proceso recibió de parte la Unión Soviética llevaron a que el gobierno estadounidense adoptará una nueva política exterior tendiente a neutralizar la posible influencia de estas corrientes ideológicas y políticas en los países del Continente.

Este viraje en la política norteamericana fue respaldado por la Organización de Estados Americanos (OEA) y, en la Reunión Extraordinaria del Consejo Interamericano Económico y Social de dicha Organización, celebrada en Punta del Este, Uruguay, en agosto de 1961, se aprobó la estrategia llamada “Alianza para el Progreso (APP)”, la cual, según el presidente de Estados Unidos, John Fitzgerald Kennedy, se constituía como “una demostración de la capacidad de las naciones libres para resolver los problemas materiales y humanos del mundo moderno” (Kennedy, 1961: 984), sin tener que recurrir a las ideas del marxismo y a los métodos de gobierno intervencionistas de orientación socialista.

Al respecto, Mario Hernández y sus colaboradores plantean que la construcción de este proyecto de la Alianza para el Progreso se apoyó en tres elementos fundamentales: primero, la necesidad de superar la actitud pasiva del gobierno de Dwight D. Eisenhower hacia la agresiva expansión de la Unión Soviética, con una política apoyada en la teoría general del desarrollo elaborada por Walt Whitman Rostow, economista y asesor del Gobierno estadounidense, quien propuso el modelo del binomio desarrollo-subdesarrollo (Rostow, 1961: 437-460), basado en la teoría de sistemas; segundo, el keynesianismo, teoría económica que fundamentaba el modelo del Estado de Bienestar, propugnando “por la intervención estatal en la economía, el fortalecimiento del mercado interno y el aumento de la demanda por inversión estatal en infraestructura y en protección social (Hernández Álvarez et al., 2002: 158); y, tercero, la teoría de la

dependencia, elaborada por el funcionario de la Comisión Económica de las Naciones Unidas para América Latina (CEPAL) Raúl Prebisch, que cuestionaba “la condición de desigualdad estructural de las relaciones de intercambio entre centro y periferia en el capitalismo contemporáneo” (Hernández Álvarez et al., 2002: 160-167; Packard, 2016: 238-239). Estos tres elementos determinaron que la Alianza para el Progreso recomendara una política de intervención estatal que usara la planificación, la industrialización deliberada y la integración económica regional. Esta tarea fue encomendada a la Conferencia Económica para América Latina (CEPAL), en la década de 1960<sup>6</sup>.

A partir de ese momento los Estados latinoamericanos, aunque con sus particularidades nacionales, se comprometieron en “un proceso controlado de modernización de la economía, de la asistencia social y de la administración pública”, con la ayuda de las agencias internacionales (la Agencia Internacional para el Desarrollo [USAID]; el Banco Interamericano para el Desarrollo [BID] y el Banco Mundial) y las directrices de los funcionarios y técnicos del Programa de la Alianza para el Progreso (Cataño, 1986: 32-33). Según Hernández y colaboradores, “estos objetivos implicaban cambios en la composición de la propiedad de la tierra rural [reforma agraria] y urbana [reforma urbana], esfuerzos de industrialización, dirigidos por los Estados, e inversiones sistemáticas en educación [reforma educativa] y en salud pública [reforma sanitaria]” (Hernández Álvarez et al., 2002: 160)<sup>7</sup>. Se creó así una versión criolla del Estado de Bienestar, de carácter intervencionista que se venía poniendo en marcha en Europa, como respuesta a la crisis económica de 1929, y en los Estados Unidos, con el gobierno del *New Deal* de Franklin Delano Roosevelt. En ese marco, se diseñaron entonces unas estrategias de reforma económica

---

<sup>6</sup> Para un análisis profundo y crítico de las concepciones del subdesarrollo elaboradas por la CEPAL, véase el trabajo de Octavio Rodríguez (Rodríguez, 1993 [1990]).

<sup>7</sup> De acuerdo con lo relatado por el historiador latinoamericanista Julio Halperin Donghi, estos cambios “debían lograrse mediante la transferencia de veinte mil millones de dólares a lo largo de diez años, la mitad de los cuales provendrían del tesoro de los Estados Unidos y, el resto, de inversiones productivas privadas y debían ser complementadas por inversiones de igual monto y de origen latinoamericano, aquí a cargo sobre todo del Estado” (Halperin Donghi, 1993: 540).

y social (planes de desarrollo), que implicaron, entre otros, cambios en los ámbitos sanitario y de la educación superior.

Las reformas sanitarias pretendieron acrecentar las inversiones en salud (la salud como inversión para el desarrollo) para aumentar la cobertura y la calidad de los servicios, impulsar la atención materno-infantil, la planificación familiar y el control natal, todo con el fin de garantizar una población saludable y activa. Las reformas educativas universitarias propendían por la formación de profesionales y técnicos preparados para impulsar y manejar dichos programas de desarrollo y de crecimiento industrial.

### **Las reformas sanitarias de la Alianza para el Progreso**

Antes de que se iniciaran los programas de la Alianza para el Progreso, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ya venía desempeñando un rol importante en la modernización de los servicios de salud en América Latina<sup>8</sup>. Pero, una vez ya iniciadas las acciones de la Alianza para el Progreso, se dieron cambios en las orientaciones políticas y teóricas de dicha Organización para articularlas a la dinámica económico-política que se perfilaba en la región. Dichos cambios tendían a garantizar la inversión en salud por parte de los Estados latinoamericanos para apoyar y garantizar sus procesos de “desarrollo” (Oficina Sanitaria Panamericana, 1992: 484). Para esto debería recurrirse a la medicina preventiva, a la medicina curativa y a la rehabilitación.

Los criterios que deberían regir las relaciones entre los gobiernos, la sociedad, la economía y la salud, serían:

[...] primero, el reconocimiento de que la salud era una inversión y no un gasto; segundo, la utilización de la planificación como instrumento para la toma de decisiones en relación con la asignación y el uso de los recursos; y, tercero, la integración de las actividades de promoción, prevención, curación, y rehabilitación, y la coordinación entre los distintos subsectores responsables de esas actividades, particularmente

---

<sup>8</sup> A este respecto, véase el libro de Marcos Cueto titulado *El valor de la salud. Historia de la Organización Panamericana de la Salud* (Cueto, 2004a: 77-78).

entre los servicios de salud y los del seguro social. Estos lineamientos marcaron la cooperación en salud durante más de tres lustros. (Hernández Álvarez et al., 2002: 160-161)

Para garantizar el cumplimiento de ese mandato de la Carta de Punta del Este, se reunió en Washington, en 1962, un Grupo Asesor sobre el tema de la atención médica, por convocatoria de la OPS con apoyo de la OMS. Para este Grupo, la integración de los servicios “[...] pasaba por la definición conceptual de lo que se entendía por atención médica, y esto se hizo desde dos enfoques: el técnico-científico y el ético-político” (Hernández Álvarez et al., 2002: 162). En el ámbito de lo técnico-científico, la atención médica se entendía como el conjunto de servicios preventivos, de curación y rehabilitación centrados en la atención individual de las personas<sup>9</sup>. En el ámbito ético-político se recogía el planteamiento de la OPS que rezaba que la salud era un derecho humano que debería ser garantizado por el Estado sin discriminaciones (Rosen, 1993 [1958]: 460).

Este Grupo Asesor recomendó también la organización de los servicios de salud y atención médica en tres niveles: nacional, intermedio y local. El primero tendría funciones normativas; los otros dos tendrían funciones ejecutivas, actuando de manera descentralizada. Se propuso, además, la organización de un plan único de atención médica, articulado al plan general de desarrollo económico y social, para integrar tanto la medicina preventiva como la curativa. Esta doctrina de la integración de servicios fue oficialmente adoptada por la OPS (Hernández Álvarez et al., 2002: 163).

Por su parte, Abraham Horwitz, director de la OPS, abogaba por el desarrollo de las relaciones estructurales entre la salud, el bienestar y el progreso económico de los países latinoamericanos (Hernández Álvarez et al., 2002: 158-159). Desde esta óptica, la OPS creó en 1963 un Grupo de Estudio integrado por los Ministros de Salud de las Américas, para que orientara el logro de las metas de salud de la Carta de Punta del Este. El Grupo recomendó estudiar los programas de salud existentes, organizar

---

<sup>9</sup> No se incluía la prevención dirigida a la comunidad y al ambiente.

todos los niveles de servicios en un marco general y reorientar la educación médica latinoamericana en armonía con las necesidades de los países y con los planes de desarrollo que estos comenzaron a formular (Oficina Sanitaria Panamericana, 1992: 484).

Todo este enfoque estaba sustentado, por una parte, en el uso reciente de los desarrollos resultantes del estudio de las enfermedades crónicas (Bigelow & Lombard, 1933; Greenwood, Major, 1935; Greenwood, Mayor, 1988; Reid, 1948), que terminó en el planteamiento de una epidemiología multicausal (MacMahon, Pugh & Ipsen, 1960), y en el modelo de *La historia natural de la enfermedad*, elaborado por Hugh R. Leavell y Gurney Clark (Leavell & Clark, 1965 [1953]), que proponía el uso de una medicina preventiva de nuevo tipo<sup>10</sup>, basada en esa epidemiología multicausal que le caía como anillo al dedo al modelo desarrollista de Rostow y a la Alianza para el Progreso. Y, por otra parte, sustentado también en la aceptación de la propuesta puesta en marcha por el Servicio Nacional de Salud británico<sup>11</sup>, desde 1948, de que la salud era un derecho positivo, a cargo de los Estados (Horwitz, 1961: 388).

## **La Alianza para el Progreso y la educación médica**

Todo esto implicaba no solo una acción transformadora en el ámbito de lo político, es decir, en el ámbito de la organización de los servicios de salud,

---

<sup>10</sup> El término “Medicina Preventiva” ya se venía utilizando en la Gran Bretaña desde comienzos del siglo XX, pero desde una perspectiva higienista y no muy claramente diferenciada, en medio de una discusión de si la nueva especialidad médica debería llamarse Medicina Estatal, Medicina Preventiva o Salud Pública (Acheson, 1987: 22-23; Acheson, 1991: 45). Este concepto de Medicina Preventiva fue retomado después desde las perspectivas de la higiene privada por sir George Newman, primer médico jefe del Ministerio de Salud británico (Newman, 1926; Newman, 1932) para contrarrestar la idea de un servicio nacional de salud universalista propuesta por sir Arthur Newsholme (Eyler, 1997 [1977]: 317-337; Newsholme, 1925 [1925]).

<sup>11</sup> En relación con la creación del Servicio Nacional de Salud británico y su carácter de servicio universal gratuito sostenido por el Estado, véanse los trabajos de Vicente Navarro (Navarro, 1978), William Beveridge (Beveridge, 1942), H. Eckstein (Eckstein, 1959), Daniel Fox (Fox, 1986), Neville M. Goodman (Goodman, 1970), Charles Hill y John Woodcock (Hill & Woodcock, 1949 [1949]), Almont Lindsey (Lindsey, 1962 [1962]), Willard C. Rappleye (Rappleye, 1949), Charles Webster (Webster, 1988 [1988]), así como la segunda parte del trabajo de Emilio Quevedo V. (Quevedo V., 2005: 390-408), entre otros.

sino también en el campo de la educación de los profesionales de la salud, que tendrían que trabajar en dichos servicios de salud. En consecuencia,

[...] a partir de 1963, la OPS, en asocio con la Milbank Memorial Foundation, organizó varias reuniones para discutir el problema de formación de recursos humanos en salud y la introducción de las Ciencias Sociales y la Epidemiología multicausal y del riesgo en la educación médica latinoamericana, de acuerdo con las recomendaciones de la teoría de la historia natural de la enfermedad, de Leavell y Clark. El concepto de triada ecológica que sustentaba las propuestas de estos dos autores se apoyaba en la concepción funcionalista<sup>12</sup> de la salud y la enfermedad como el equilibrio o desequilibrio entre el hospedero, el ambiente y los agentes etiológicos. En este modelo, la sociedad estaba incluida en el ambiente y era entendida desde la concepción estructural-funcionalista. Las Ciencias Sociales aparecían como auxiliares de la Medicina Preventiva, modelo reforzado por estos autores. Los programas puestos en marcha a partir de estas reuniones fueron la puerta de entrada de las Ciencias Sociales estructural-funcionalistas, en

---

<sup>12</sup> Esta corriente recibió ese nombre por la explicación que daba de la sociedad, equiparándola a un organismo vivo en permanente equilibrio que, ante cualquier condición que implicara su desequilibrio (el caos social), ponía en marcha mecanismos funcionales de compensación para regresar al estado de equilibrio natural. Los órganos de ese organismo vivo eran las instituciones sociales. Para describir este fenómeno, el fisiólogo norteamericano Walter B. Cannon utilizó el término “homeostasis social” (Cannon, 1932). Esta concepción fue resultado de una articulación entre el concepto de “sistema” elaborado por las ciencias naturales, la noción fisiológica de homeostasis y su correlativa categoría de homeostasis social —propuesta por Cannon—, el concepto de regulación biológica de Claude Bernard, y la propuesta de L. J. Henderson de entender, desde esta fusión, la realidad social como un sistema en equilibrio. Su discípulo, Talcott Parsons, quien participó en un seminario dirigido por Henderson en la Universidad de Harvard bajo el título de “El Sistema Social”, y lector asiduo de Cannon, fue quien le dio vida a esta corriente sociológica, que él mismo denominó “estructural-funcionalismo”, utilizando el mismo nombre de “El Sistema Social” como título de su principal obra sociológica (Quevedo V. & Cortés, 2015). Al entender la enfermedad, desde una perspectiva estadística y fisiológica, como una forma de desequilibrio por exceso o por defecto en torno a una media normal, se confundía esta con la condición de “anormalidad”. Como consecuencia, en este modelo de sociedad, las instituciones de salud estaban encargadas de resolver el desequilibrio individual para garantizar el equilibrio general (la normalidad) de la sociedad.

particular la Sociología, en la Medicina, la salud pública y la Medicina Preventiva. (Quevedo V. & Cortés, 2015: 119)

Pero esta intervención para la articulación e integración de los servicios de salud en concordancia con los modelos de desarrollo social y económico requería también de un nuevo método de trabajo. Se recurrió entonces a la planificación o planeación, que ya se venía usando en otros sectores, como arma de acción. En consecuencia, en 1961, se creó el programa OPS-Cendes (Centro de Estudios de Desarrollo de la Universidad Central de Venezuela), patrocinado por la OPS y su director Horwitz, entre cuyos fines estaba elaborar y hacer operativo un método para la planificación en salud para América Latina, con base en los mandatos de la APP (Quevedo V. & Cortés, 2015: 119).

### **Las reformas de la educación superior de la Alianza para el Progreso**

En el campo de la reforma universitaria, la Alianza para el Progreso también había propuesto una estrategia coherente con sus objetivos e intereses. En efecto, en 1961, el profesor norteamericano Rudolph Atcon elaboró un proyecto de reforma para las universidades latinoamericanas<sup>13</sup> (El Tigre de Papel-Editores, 1971: 24). Dicho plan, conocido luego como el “Plan Atcon”, además de imaginar una modernización de la universidad latinoamericana basada en la enseñanza de las ciencias y la investigación, diseñó una serie de mecanismos para impedir la participación de los estudiantes en actividades políticas que favorecieran cualquier “acto revolucionario” (Atcon, s.f.: 86-96).

El Plan se apoyaba en una filosofía de la planeación socioeconómica y de la asistencia técnica, consecuente con las propuestas desarrollistas definidas por Walt Whitman Rostow (Rostow, 1961; Rostow, 1962). Atcon planteaba que los estudiantes deberían dedicarse únicamente a

---

<sup>13</sup> Este profesor había estado estudiando el caso de la Universidad Alemana de Investigación, creada por Guillermo de Humboldt a finales del siglo XVIII y que había servido como modelo para las modernas universidades norteamericanas (Atcon, 1966 [1964]).

estudiar. Según él, “solo una reorientación estructural de la universidad podrá colocar a los estudiantes frente a la alternativa de trabajar duro o fracasar. Cuando los cursos se vuelvan verdaderamente cursos y cuando los estudios se dirijan al conocimiento [...] el estudiante volverá a asumir automáticamente el papel que le corresponde” (Atcon, s. f.: 96).

Dicho Plan fue acogido como modelo para la reforma universitaria que debería apoyar los programas desarrollistas de la APP y “sus orientaciones fueron luego incorporadas en los acuerdos entre la Agencia Internacional para el Desarrollo (AID) y diversos gobiernos latinoamericanos, en el área de la educación” (El Tigre de Papel-Editores, 1971: 24).

## **Los primeros gobiernos del Frente Nacional (1958-1966) y la Alianza para el Progreso**

Todos estos cambios desarrollistas impactaron las políticas puestas en marcha en Colombia por los gobiernos del Frente Nacional, incluyendo las políticas de educación superior y las de salud y, por lo tanto, a partir de 1965, influyeron también en los desarrollos de la nueva Facultad propuesta por la Sociedad de Cirugía de Bogotá y la Universidad del Rosario.

Al salir el país de la dictadura militar de Gustavo Rojas Pinilla, durante el primer gobierno del Frente Nacional, el de Alberto Lleras Camargo (1958-1962), no solo había comenzado a disminuir “la violencia, sino que incluso se intentó atacar sus causas profundas, proponiendo una nueva y, como todas, fallida, apenas esbozada reforma agraria” (Caballero, 2018: 371). Pero la Colombia del Frente Nacional de la década de los sesenta no era exactamente un mar en calma (Torres del Río, 2010: 254). Además del antiguo “bandolerismo” y de las nuevas guerrillas liberales y comunistas, que comenzaron a surgir en la década anterior<sup>14</sup>, en el

---

<sup>14</sup> En el campo subsistían aún, por un lado, el antiguo “bandolerismo”, tanto liberal como conservador, iniciado durante los primeros años de la República Liberal, a partir de la década del treinta y, por otro, las guerrillas de autodefensa campesina, surgidas en la misma época, que para ese momento ya comenzaban a ser influidas por el Partido Comunista. El gobierno intentó aplicarles la amnistía a estas últimas, con el apoyo del propio Partido Comunista, que se comprometía a no continuar con la “lucha armada”, pasando de guerrilla a “movimiento agrario”. Pero algunos políticos conservadores se opusieron de manera unánime (Torres del Río, 2010: 254). En 1961, “en el Congreso, Álvaro Gómez [Hurtado], el hijo y heredero político de Laureano [Gómez Castro],

ámbito urbano también habían aparecido movimientos de protesta, entre ellos el llamado Movimiento de Recuperación Liberal (MRL)<sup>15</sup>. Entre las figuras políticas que jalonaban ese movimiento, cada vez más visible, se destacaba Alfonso López Michelsen, hijo del expresidente liberal Alfonso López Pumarejo, aunque él estaba más por la recuperación del liberalismo que por la revolución. Así pues, la anhelada paz prometida por el Frente Nacional no se veía llegar<sup>16</sup>.

Pero, con el surgimiento de la Alianza para el Progreso, el primer gobierno del Frente Nacional, que ya llevaba tres años funcionando y que no había logrado aún consolidar la tan esperada paz, comenzó a tomar un nuevo rumbo: la política general, económica, agraria, sanitaria y educativa, entre otras, comenzaron a girar, de una manera significativa, en la órbita de la política y de la economía norteamericanas.

En efecto, al firmar la Declaración de los Pueblos de América, que surgió de la Reunión de Punta del Este<sup>17</sup> (Organización de los Estados Americanos, 1961), los gobiernos del Frente Nacional se comprometieron con los Estados Unidos a integrarse a la propuesta orientada a la

---

denunciaba la existencia de ‘cinco repúblicas independientes’ que escapaban al control del Estado” (Caballero, 2018: 371). Si bien el gobierno del liberal Lleras Camargo logró inicialmente hacerle el quite a esa denuncia constante de los conservadores, el avance de la “colonización armada” por parte de los grupos liberales de autodefensa del “movimiento agrario”, en aquellos lugares en donde no había presencia real del Estado, llevó a que las regiones campesinas de Marquetalia (Tolima/Huila), Riochiquito (Cauca/Huila), El Pato (Cauquetá), Guayabero (Meta), Sumapaz (Cundinamarca/Meta) y las regiones de El Duda y Alto Ariari (Ariari y Vichada) terminaran siendo blanco del cerco militar y del bloqueo económico (Torres del Río, 2010: 254).

<sup>15</sup> Ese partido de izquierda liberal, más tarde identificado, por algunos de sus miembros del ala más izquierdista, como Movimiento Revolucionario Liberal (MRL), había surgido como una corriente política de repulsa urbana al régimen del Frente Nacional, y se oponía a su sistema de alternación presidencial y al de la paridad, con una vigorosa actividad política que lo había llevado a alcanzar un importante triunfo en las elecciones “de mitaca” de 1960, durante el gobierno de Lleras Camargo (Torres del Río, 2010: 256).

<sup>16</sup> Desde 1962, comenzó a hablarse de “el enemigo interno”, para referirse a los movimientos, tanto campesinos como urbanos, que representaban en el país la amenaza del “enemigo externo”, es decir, la Revolución Cubana y el Comunismo internacional (Torres del Río, 2010: 261-267).

<sup>17</sup> La Declaración de los Pueblos de América puede leerse en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/11962/13/Primera%20Parte%20-%20El%20programa%20de%20la%20alianza%20para%20el%20progreso.pdf>

implementación de un modelo político-económico desarrollista que entendía a la salud y a la educación, entre otros sectores, como espacios de inversión para el desarrollo. El aspecto más inmediato que resultó de los planteamientos de esa Declaración acerca de la salud y la educación fue el de la necesidad de planificar ambos sectores, con los mismos criterios con que se abordaban los otros del ámbito estatal y gubernamental (Quevedo V. et al., 1989: 100).

En este sentido, y a pesar de los conflictos internos, el gobierno de Lleras Camargo logró, con el apoyo de las Naciones Unidas, de la CEPAL y la *Food and Agriculture Organization* (FAO), presentar el *Plan Cuadrienal de Inversiones Públicas, 1961-1964* y el *Plan General de Desarrollo Económico y Social*, primer plan de desarrollo elaborado por el Departamento Administrativo de Planeación y Servicios Técnicos<sup>18</sup> (República de Colombia. Departamento Administrativo de Planeación y Servicios Técnicos, 1960; República de Colombia. Departamento Administrativo de Planeación y Servicios Técnicos, 1961). La orientación de este plan de gobierno era favorecer el proceso de desarrollo con la implementación de servicios públicos para estimular la inversión privada.

### **Las reformas sanitarias de Alberto Lleras Camargo**

En medio de los conflictivos intentos por alcanzar la paz, en el gobierno de Lleras Camargo se comenzaron las primeras reformas sanitarias en el marco de lo propuesto por la Alianza para el Progreso y por la OPS, para garantizar el derecho a la asistencia médica por la vía de la integración y de la coordinación de los servicios, utilizando como instrumento la planificación en salud.

De esta forma, con las recomendaciones de Punta del Este, las discusiones tomaron un nuevo rumbo al establecerse el diálogo desde el sector salud con los otros sectores del gobierno, y especialmente con el económico, viéndose el primero obligado a reestablecer sus planteamientos en términos de costos y resultados, haciendo más factible el financiamiento internacional

---

<sup>18</sup> Antecedente del Departamento Nacional de Planeación.

para las acciones en salud orientadas hacia programas de desarrollo<sup>19</sup>. Estos cambios comenzaron a darse en dos sentidos fundamentales:

[...] la ampliación de coberturas a costos mínimos y la administración de la asistencia pública por parte del Estado. Con base en el primer enunciado, se producen una gran cantidad de experiencias dirigidas hacia el fortalecimiento de la atención y de los programas preventivos a nivel de centros de salud. Con respecto al segundo, se produce la abolición del sistema de asistencia pública de caridad en los Hospitales y la instauración de tarifas fijadas por servicios y por clasificación socio-económica; de otra parte, la intervención estatal comienza a ser ejercida en los sectores privados y de la beneficencia; aunque no todas las normas son aceptadas ni todas las sanciones son aplicadas [...] se pretende que los hospitales comiencen a ser administrados bajo la orientación de un Plan Hospitalario Nacional y con la afluencia de recursos humanos y financieros, tanto internos como externos (Quevedo V. et al., 1989: 102).

Con respecto a la ampliación de las coberturas en servicios de salud a costos mínimos<sup>20</sup>, se retomaron experiencias que venían desarrollándose desde las décadas de los cuarenta y cincuenta con la formación y utilización de promotoras de salud rurales<sup>21</sup> que, si bien funcionaron muy bien en un

---

<sup>19</sup> Este modelo de la Alianza para el Progreso favorecía la inversión de capitales extranjeros, especialmente norteamericanos, en todas las acciones orientadas a impulsar el progreso, fenómeno que redundaba en el aumento de las ganancias de este capital privado a expensas de los esfuerzos estatales.

<sup>20</sup> Se proponía un aumento en la inversión con construcción de hospitales y centros de salud para alcanzar la meta de 4 camas por 1000 habitantes. Sin embargo, el costo calculado en 1962 para las 20.000 camas necesarios era de 800 millones de pesos de ese año, lo que hacía difícil su pronta realización.

<sup>21</sup> Ya habían existido en Colombia algunos ensayos para desarrollar mecanismos de ampliación de la cobertura en salud a partir de acciones básicas en este campo. Uno de ellos fue el iniciado por el médico salubrista Héctor Abad Gómez, director de la Cátedra de Medicina Preventiva y Salud Pública en la Universidad de Antioquia, en el municipio de Santo Domingo, Antioquia, durante los años 1957 a 1959 y que se llamó Programa de Promotoras Rurales de Salud. Este Programa vinculó y preparó “un grupo de campesinas con apenas algunos años de primaria [...] dejándolas que sigan en sus propias casas, en sus

comienzo, terminaron siendo un fracaso, cuando posteriormente estas pasaron a ser agentes del Estado (Abad Gómez, 1962: 662-666; Quevedo V. et al., 1990: 55-58).

Con respecto a la administración de la asistencia pública por parte del Estado, además de los cambios arriba señalados, la cooperación técnica con la OPS contribuyó a la reorganización del Ministerio de Salud Pública, con el Decreto 1423 de 1960, en el que se incluyó una división de “Planeación de Entidades Asistenciales”. Así mismo, se formuló el *Plan Decenal del Ministerio de Salud Pública, 1962-1971*, que tenía

[...] como propósito mejorar la salud colectiva y el bienestar social de los individuos, de las familias y de la comunidad, actuando mediante actividades de prevención y curación realizadas por centros de salud, contra los factores determinantes y evitables de enfermedad y mortalidad. Los problemas prioritarios de salud coincidían con los señalados por la Resolución A.2 de la carta de Punta del Este. (Hernández Álvarez et al., 2002: 165-167)

No obstante, el conflicto político del momento no permitió avanzar en estas propuestas de reforma sanitaria como se esperaba.

## **La reforma universitaria de Lleras Camargo**

En el ámbito universitario también se presentaron conflictos que agravaron la situación política del país. Los estudiantes universitarios en Colombia habían tenido una importante participación en los acontecimientos políticos de comienzos del siglo XX, en un ambiente político cultural sometido a la hegemonía del partido conservador y regido por el Concordato de 1887, que dejaban la educación bajo el manejo exclusivo del clero.

Con la reforma de la Universidad Nacional puesta en marcha por la Ley Orgánica (1935) durante el gobierno de Alfonso López Pumarejo, el

---

medios rurales, y efectuando una labor de educación sanitaria, promoción de saneamiento ambiental rural, estímulo a la comunidad para su propia organización, vacunaciones, primeros auxilios y primeros y elementales cuidados paramédicos [...]” (Abad Gómez, 1962: 663).

Estado acogió varias de las recomendaciones de la Reforma de Córdoba<sup>22</sup>, otorgando cierta autonomía y acceso de los estudiantes y profesores a las estructuras de poder universitario (García P., 1986: 190). Durante el período de 1946 a 1957 el movimiento estudiantil se dedicó a hacer oposición primero al régimen conservador y luego a la dictadura de Rojas Pinilla<sup>23</sup>. La masacre estudiantil del 8 y 9 de junio de 1954 originó la coalición del movimiento con el Partido Liberal, unión que se expresó de una manera franca con la participación de los estudiantes en el proceso que llevó a la caída de Rojas Pinilla, el 10 de mayo de 1957 (García P., 1986: 190)<sup>24</sup>.

Posterior a la caída de Rojas Pinilla y como consecuencia del *Primer Congreso Nacional Estudiantil* instalado en Bogotá el 27 de junio de 1957, los diferentes grupos estudiantiles decidieron unirse para conformar una organización de carácter nacional y democrática a la que se le dio el nombre de Unión Nacional de Estudiantes Colombianos (UNEC)<sup>25</sup>. Desde su postura gremialista, esta organización tenía dos principales motivaciones: la

---

<sup>22</sup> El Manifiesto de Córdoba, Argentina, tuvo una especial influencia en los estudiantes colombianos de la primera mitad del siglo XX, a tal punto que hicieron suyos todos los postulados consignados en él. Ya durante la década de los años veinte y treinta, el movimiento estudiantil tuvo un ascenso importante a partir de las jornadas del 8 de junio de 1929 en protesta por el nombramiento como jefe de policía de Bogotá al general Cortés Vargas, quien había dirigido la masacre de obreros de la United Fruit Company el año anterior. En esta jornada, desempeñaron importantes roles Germán Arciniegas, Carlos Lleras Restrepo y otros. A partir de este momento se inició un proceso de consolidación del movimiento en el marco del acceso al poder del Partido Liberal, que le dio cierto de nivel de institucionalidad durante la República Liberal (García P., 1986: 189-190).

<sup>23</sup> De esta forma, lenta y progresivamente se fue consolidando un movimiento estudiantil desde los años treinta y que tendría un mayor desarrollo durante la dictadura militar del general Rojas Pinilla, período en el cual los estudiantes fundaron la Federación de Universitarios Colombianos (FUC) y la Federación de Estudiantes Colombianos (FEC) como fuerzas opositoras al gobierno militar (Tirado Mejía, 2014: 340-342).

<sup>24</sup> La participación en este proceso hizo que los líderes liberales comenzaran a referirse a estos estudiantes como la “Generación del 10 de mayo” y que, a partir de ese momento y hasta los inicios del Frente Nacional, esta generación fuese respetada y tenida en cuenta en la toma de decisiones del partido (Ruiz Montealegre, 2002: 66).

<sup>25</sup> Sus fines eran estrictamente gremiales, declarándose independiente de todo tipo de organización política y rechazando cualquier injerencia política en las decisiones de esta organización estudiantil. Tampoco aceptaba en su seno la influencia del Estado, pues esta no hacía parte de él. No obstante, reconocía que los estudiantes tenían el derecho de profesar “las ideologías políticas de sus preferencias pero [desautorizaba] a los mismos para emitir conceptos distintos de la opinión personal en este sentido; finalmente, la

primera, de carácter general, la participación en la consolidación del sistema democrático; y, la segunda, de carácter particular, el apoyo a una nueva reforma universitaria, que consagraría elementos como la democratización de la educación, la autonomía universitaria, esta última consistente en la libertad de enseñanza y de investigación, el cogobierno y la oposición al militarismo<sup>26</sup> (Ruiz Montealegre, 2002: 69; Tirado Mejía, 2014: 340-342).

Paralelamente, durante el gobierno de transición de la Junta Militar, se había dictado un nuevo Estatuto Orgánico de la Universidad por medio del Decreto 0136 de 1958, mediante el cual se desconocieron las medidas democráticas establecidas en 1935 por el anterior Estatuto Orgánico de la Universidad Nacional, promulgado durante la Revolución en Marcha de López Pumarejo. Este nuevo estatuto aprobaba el control de los Consejos Directivos de la Universidades Públicas por los representantes de los sectores industriales, comerciales, financieros y la Iglesia<sup>27</sup> (García P., 1986: 192).

Una vez ya instaurado el gobierno de Alberto Lleras Camargo, se fue aglutinando un grupo de políticos que, apoyados en los derroteros marcados por el Plan Atcon, emprendieron, en todo el ámbito nacional,

[...] un embate contra la Universidad Pública, promovieron la Universidad Privada a una cogestión de la educación superior, moldearon organismos que institucionalizaron el nuevo balance de poder (Asociación Colombiana de Universidades—Fondo Universitario Nacional)

---

UNEC no [tenía] fines religiosos y en consecuencia [respetaba] todas las creencias de sus miembros” (Ruiz Montealegre, 2002: 69).

<sup>26</sup> Estas motivaciones dejaban ver la continuidad con los postulados de la FEC. Sin embargo, el Congreso constituyó cinco comisiones permanentes de estudio para profundizar el análisis de temas que permitieran un conocimiento más amplio de la problemática estudiantil y de la situación del momento: 1) estudio de la organización nacional estudiantil; 2) análisis de la autonomía y de las reformas universitarias; 3) la democratización de la educación; 4) el mejoramiento del nivel cultural del estudiantado y de profesorado; y 5) el análisis de los problemas nacionales e internacionales (Ruiz Montealegre, 2002: 69).

<sup>27</sup> A partir de ese momento, una de las banderas del movimiento estudiantil, entre 1958-1963, fue la lucha contra esta medida gubernamental, la cual permitió congregarse en su entorno a estudiantes tanto de la universidad pública como de la privada (García P., 1986: 192).

y cuyos miembros se reemplazarían unos a otros, en curiosa sucesión, como Ministros de Educación del Frente Nacional. (El Tigre de Papel-Editores, 1971: 28-29)

Así mismo, la afiliación del presidente Lleras Camargo a las políticas desarrollistas de la Alianza para el Progreso llevó, en el campo de la educación superior, siguiendo los derroteros del Plan Atcon, a que las universidades comenzaran a minimizar la representación estudiantil en los órganos de dirección universitaria, con el apoyo del Estado, dándole un duro golpe al cogobierno de la universidad por sus distintos estamentos (Tirado Mejía, 2014: 336). Por esas situaciones, durante esa década, el movimiento estudiantil se concentró no solo en su oposición a ese nuevo Estatuto Orgánico en las universidades, sino también a la norteamericанизación de la universidad colombiana.

En efecto, al comenzar la década de los sesenta, la llamada “Generación del 10 de mayo”, integrada por los grupos estudiantiles que habían enfrentado al régimen militar de Rojas Pinilla y que habían participado en el Paro Nacional que generó la caída del dictador, fue creando las primeras organizaciones estudiantiles en torno a la lucha contra esas instituciones estatales y privadas que promovían el embate contra la universidad pública y favorecían la privatización de la educación universitaria, en el marco de las orientaciones desarrollistas (Asociación Colombiana de Universidades – Fondo Universitario Nacional y los Ministerios de Educación del Frente Nacional)<sup>28</sup> (El Tigre de Papel-Editores, 1971: 28).

Por primera vez desde el 10 de mayo de 1957, se presentó un claro ejemplo de esta postura, cuando el 29 de marzo de 1960 los estudiantes de la Universidad Nacional decretaron un paro general en contra del Estatuto

---

<sup>28</sup> El impacto de la Revolución Cubana y su influencia en la vida nacional había estimulado el surgimiento de dirigentes estudiantiles de orientación hacia la izquierda. En este contexto, los estudiantes se fueron radicalizando en dos organizaciones fundamentales, la Confederación Estudiantil Universitaria de Colombia (CEUC) y la Unión Nacional de Estudiantes Colombianos (UNEC). La primera, conformada por grupos de derecha de la Universidad del Valle y la Facultad de Derecho de la Universidad Nacional y, la segunda, integrada por estudiantes de izquierda afiliados a la Juventud Comunista (JUCO) y a las Juventudes del Movimiento Revolucionario Liberal (JMRL), cuyo foco central estaba en la Universidad Libre (El Tigre de Papel-Editores, 1971: 29).

Orgánico y en contra del rector de ese entonces, Mario Laserna, de quien lograron su destitución el 26 de agosto (García, 1986: 192).

En ese mismo año, y como consecuencia de las decisiones tomadas en la Universidad del Cauca por influencia del arzobispado, y la intervención de la policía en la Universidad de Cartagena, se generó un importante debate que culminó con la presentación, al Congreso Nacional, por parte de los estudiantes, de un proyecto de reforma universitaria y de un nuevo Estatuto Orgánico, en el cual se reafirmaba la autonomía docente y administrativa de la Universidad y su cogobierno por los profesores, estudiantes y exalumnos, a través de un Consejo Directivo, una Consiliatura, un Consejo Administrativo y unos funcionarios designados por estas entidades, rechazando la injerencia de instituciones y personas extrañas a la Universidad (García P., 1986: 193).

Durante este movimiento del sesenta y el que se presentó en 1961 en la Universidad de Medellín<sup>29</sup>, como rechazo a más de cincuenta expulsiones de estudiantes, y que fue respaldado por los estudiantes de la Universidad Nacional de Bogotá, fue surgiendo “un nuevo componente muy significativo del movimiento estudiantil: el proceso de politización de sus filas”. A partir de ese momento, los estudiantes comenzaron a entender que los conflictos universitarios no eran simplemente el resultado de una coyuntura política específica. Por el contrario, estos respondían a unas condiciones estructurales de la política educativa del Estado, relacionada con otros problemas de la sociedad. Como consecuencia, se generó en el interior del movimiento una oposición consciente a la estructura social y política dominante (Ruiz Montealegre, 2002: 117-118), a las interferencias

---

<sup>29</sup> El paro indefinido decretado por los estudiantes de la Universidad de Medellín, en marzo de 1961, fue la siguiente consecuencia de la radicalización del movimiento estudiantil, el cual tomó como bandera las consignas de la Reforma de Córdoba, Argentina, de 1918, para fundamentar su defensa de la autonomía universitaria y el cogobierno, y su enfrentamiento a la ley de reforma universitaria que cursaba en el Congreso. Esta reforma estaba basada en las directrices educativas propuestas por el ya mencionado Plan Atcon y que venía poniendo en marcha, en América Latina, el Programa de la Alianza para el Progreso con el fin de “modernizar” la educación. A partir de ese momento, durante los años 1962 y 1963 se sucedieron varios paros y protestas estudiantiles en torno a los cuales se fue consolidando el movimiento estudiantil y sus relaciones con los movimientos obreros y campesinos (El Tigre de Papel-Editores, 1971: 29-34).

partidistas y al confesionalismo en la universidad, y se reforzó la lucha por la autonomía, por un mayor presupuesto para las universidades, combinada con la batalla por la ley de reforma universitaria (que había sido presentada el año anterior y que ya cursaba en el Congreso). Todos esos elementos resucitaron en el país las consignas de la Reforma de Córdoba, que no se había logrado imponer aún de manera clara en Colombia (El Tigre de Papel-Editores, 1971: 30).

En mayo de 1962, antes de terminarse el gobierno de Lleras Camargo, volvieron a presentarse conflictos estudiantiles en la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Tunja y en algunos colegios de Barranquilla. Como consecuencia del ingreso violento de la fuerza pública a estos centros docentes y la detención de varios estudiantes, las universidades Nacional, Externado, Libre y Distrital de Bogotá se declararon en asamblea permanente. En solidaridad con los estudiantes en huelga, sus pares de esas universidades realizaron una manifestación por las calles de Bogotá, causando pedreas sobre el Palacio Cardenalicio, el Instituto Colombo Americano y el diario *El Tiempo*. La manifestación terminó en la Plaza de Bolívar con varios discursos de estudiantes que denunciaban el carácter antidemocrático del Frente Nacional y la agresión de la fuerza pública contra el estudiantado. Como resultado, el Consejo Académico de la Universidad Nacional suspendió la Semana Universitaria y autorizó al rector para modificar el artículo 81 del reglamento de la Universidad, que permitía la expulsión de los estudiantes que socavaran la organización universitaria. Esto llevó a la expulsión y cancelación de matrícula de varios dirigentes universitarios. Según Ruiz Montealegre, además de un castigo por la alteración del orden público universitario, esta “era una advertencia coercitiva para impedir que los estudiantes participaran activamente en la lucha política, que [comenzaba a convertirse] en elemento fundamental de la dinámica estudiantil” (Ruiz Montealegre, 2002: 132-134). Este conflicto, que originó la primera huelga de la Universidad Nacional por razones políticas, desató una crisis general que duró dos meses, hasta que los estudiantes expulsados fueron reintegrados.

## **La reforma sanitaria durante el gobierno de Guillermo León Valencia**

En el campo de la salud, nueve meses después de posesionarse el presidente Guillermo León Valencia como segundo presidente del Frente Nacional, y siendo su ministro de Salud el cirujano José Félix Patiño<sup>30</sup>, y su ministro de Hacienda y Crédito Público el ingeniero civil Carlos Sanz de Santamaría, el Congreso expidió la Ley 12, del 17 de mayo de 1963, por la cual se ordenó la realización de un “Plan Hospitalario Nacional”. Dicho Plan debería basarse en la integración de los servicios asistenciales, preventivos y curativos, incluyendo la investigación y la coordinación de las instituciones públicas y privadas. El presidente Valencia y sus ministros tenían clara la necesidad de adecuar la organización de los servicios de salud del país a las propuestas de la Alianza para el Progreso y a los derroteros marcados en ese sentido por la OPS. En consecuencia, el Decreto presidencial extraordinario 3224 de ese mismo año, apoyándose en la Ley 12, y siendo el nuevo ministro de Salud el salubrista Santiago Renjifo Salcedo<sup>31</sup>, volvió a reestructurar el Ministerio de Salud Pública, definiendo el “Servicio de Salud Pública” como “[...] el conjunto de actividades del Estado que actúa sobre el hombre y su medio ambiente, para procurar la preservación de la salud, el tratamiento de la enfermedad, la rehabilitación de los incapacitados y la protección a la niñez y a la ancianidad abandonada, utilizando los métodos epidemiológicos y administrativos necesarios”, y adecuándolo a las orientaciones de la cooperación marcadas por la OPS. Por lo tanto, y de acuerdo con las recomendaciones de dicha institución internacional, el decreto establecía que “[...] la prestación del servicio se [organizará] en tres niveles funcionales que cubren todo el territorio nacional: a). Nivel nacional; b). Nivel regional; c). Nivel local”<sup>32</sup>. El decreto colocó así al Ministerio de Salud Pública a la cabeza de la planeación general del Servicio de Salud y, por lo tanto, debería organizar y coordinar los programas de salud en todo el territorio nacional, dictar las normas para su funcionamiento, supervisar todos los programas y actividades, coordinar todas sus

---

<sup>30</sup> Fue ministro de salud entre 1992 y 1993.

<sup>31</sup> Fue ministro de salud entre 1963 y 1965 (Corredor Arjona, 1997: 149).

<sup>32</sup> Decreto presidencial extraordinario 3224 del 19 de diciembre de 1963.

acciones y planes con el Plan Nacional de Desarrollo Económico y Social, así como programar, ejecutar y supervisar la formación y adiestramiento de personal para el Servicio de Salud Pública<sup>33</sup>.

No obstante, las divisiones partidistas en el Congreso llevaron al inmovilismo y la comisión interparlamentaria encargada para la elaboración de lo mandado por la Ley 12 no se reunió nunca durante el gobierno de Guillermo León Valencia. Por esto, “el presidente decidió avanzar por la vía del Estado de Sitio y en las reuniones a puerta cerrada” (Hartlyn, 1993 [1988]: 186; Hernández Álvarez et al., 2002: 167-168).

En ese contexto, después de siete años de Frente Nacional, cuando la crisis de dicho modelo político comenzaba a hacerse evidente<sup>34</sup>, y en un nuevo esfuerzo por organizar la salud pública, Juan Jacobo Muñoz, ministro de Salud del momento<sup>35</sup>, expidió el Decreto Legislativo n.º 3196 de 1965, ordenando la integración de los servicios de salud y asistencia pública<sup>36</sup>. Un grupo de médicos, directores de hospitales, síndicos de las beneficencias, altos prelados de la Iglesia y varios parlamentarios atacaron el decreto. Sus argumentos dejaban entrever los visos de la confrontación política entre los poderes regionales y el gobierno central. Se criticaba el centralismo de la medida, pues daba potestades administrativas al Ministerio de Salud Pública en el manejo de los recursos locales y regionales, atentaba contra la autonomía administrativa y financiera de las beneficencias y desorganizaba la atención asistencial. Por otra parte, sus opositores insistían en que los objetivos del decreto no encajaban con la “perturbación del orden público” por la cual se pretendía justificar el Estado de Sitio. Finalmente,

---

<sup>33</sup> Idem.

<sup>34</sup> La economía mostraba serios problemas de crecimiento y, ante el intento de la devaluación de la moneda, las protestas de trabajadores y estudiantes se hicieron evidentes, acompañadas de las primeras expresiones de oposición armada por parte de las FARC y el recién creado Ejército de Liberación Nacional (ELN), de orientación castrista (Hernández Álvarez et al., 2002: 169).

<sup>35</sup> Muñoz fue el último ministro de Salud del gobierno de Guillermo León Valencia, entre 1965 y 1966.

<sup>36</sup> Este decreto, que implicaba la elaboración de contratos entre el Estado y las beneficencias o las secretarías departamentales para organizar los “Servicios Seccionales de Salud”, incluía la creación de un régimen especial para los trabajadores de los servicios de salud (Hernández Álvarez et al., 2002: 169).

la Corte Suprema de Justicia declaró inexecutable dicho decreto (Hernández Álvarez et al., 2002: 169-170; Quevedo V. et al., 1990: 58-59).

A mediados del año siguiente, tomando como referencia la Ley 12 que ya había recomendado dicho Plan Hospitalario, el gobierno elevó una Consulta al Consejo de Estado la cual resultó favorable. Se expidió entonces el Decreto n.º 1499 del 14 de junio de 1966 “sobre Plan Hospitalario Nacional”, por medio del cual “se [establecieron] claramente los niveles de atención<sup>37</sup> y se [creó] la instancia administrativa integral de los Servicios de Salud por unidades geopolíticas (departamentos). Por esta vía se [logró] un impulso al propósito de la integración, pero no se [pudo concretar] el fortalecimiento de la financiación de los servicios seccionales” (Quevedo V. et al., 1990: 59).

De esta forma, y complementando esta política con otros decretos, el gobierno trató de mantener los aspectos centrales del proceso de integración institucional. No obstante, las instituciones de seguridad social, como el Seguro Social y las beneficencias, no pudieron ser integradas. El problema fundamental estaba en que el debate sobre la salud, en la en Colombia de esos primeros años de la década de los sesenta, no pasaba todavía de forma contundente por la idea de la asistencia médica como un derecho de todos los ciudadanos. En el nuevo contexto internacional en el que la OPS pretendía ampliar los derechos fundamentales, la máxima intervención del gobierno de Valencia consistió finalmente en expedir ese decreto en el cual, retomando el concepto caritativo católico de asistencia pública, insistía en que la función del Estado consistía en ayudar, mediante la prevención de la enfermedad, la promoción y recuperación de la salud, al bienestar individual, familiar y colectivo de aquellos que carecían de medios de subsistencia y de derecho para exigirle a otras personas (Hernández Álvarez et al., 2002: 168-172). Esto significó que, a pesar de que los tres ministros de Salud que se sucedieron en el gobierno de Guillermo León Valencia tenían claro el mandato de la APP y de la OPS, el segundo gobierno

---

<sup>37</sup> Esta organización es una reacomodación espacial de los tres “niveles de prevención” propuestos por Henry Sigerist (Terris, 1987: 199-205) y sistematizados por Leavell y Clark (Leavell & Clark, 1965 [1953]), realizada por los salubristas colombianos asesores del gobierno en ese momento que convirtieron, de manera acrítica, el modelo preventivo en un modelo de atención médica.

del Frente Nacional no logró poner en marcha de manera definitiva las propuestas de reforma sanitaria de la Alianza para el Progreso, debido a la confrontación entre los intereses políticos locales y nacionales, aunque el gobierno hubiera pasado por encima del Congreso buscando el logro de sus fines en ese campo.

No obstante, este esfuerzo de integración de la prevención con la atención médica tuvo importancia, pues esbozó los lineamientos generales de los niveles de regionalización (nacional, regional y local) y llevó en sí la idea de un Servicio Nacional de Salud de carácter universalista, integralmente conducido por el Estado (República de Colombia. Ministerio de Salud, 1966: 9).

Esta idea la tenía clarísima el último ministro de Salud del gobierno de Valencia, Juan Jacobo Muñoz, cuando afirmaba que “[...] creemos que esta política debe ser continuada para construir un Gran Organismo que será el Servicio Nacional de Salud, dentro del cual deben estar involucrados el Instituto Colombiano de Seguros Sociales, Cajas de Previsión, etc.” (República de Colombia. Ministerio de Salud, 1966: 9).

### **Las reformas de Valencia en la educación médica y en la salud pública**

En el campo de la educación médica también comenzaban a aparecer los impactos de las propuestas de la OPS y de la medicina preventiva, en el marco del Programa de la Alianza para el Progreso. Ya desde 1954, en su informe final, la Segunda Misión Médica Norteamericana que vino a Colombia, llamada también Misión Lapham —por el nombre de su director Maxwell Lapham—, había insistido en que eran “de particular importancia [los cursos de salud pública y medicina preventiva] en las escuelas médicas de Colombia, porque los programas de salud e higiene que al presente existen en el país, pueden ser mejorados por aquellas medidas aplicables tanto a grandes grupos de personas como a individuos, utilizando métodos poco costosos” (Lapham, Goss & Berson, 1954: 516).

Al año siguiente, durante el Primer Seminario de Educación Médica organizado por la Universidad del Valle y realizado en Cali entre el 6 y 9 de diciembre de 1955, como parte de las recomendaciones de la Misión

Lapham, se organizaron varios grupos de trabajo y el grupo IV, dedicado a la Salud Pública y a la Medicina Preventiva, planteó

la necesidad de hacer planes de estudio integrales para enseñarle las ciencias básicas y la medicina preventiva al estudiante desde los primeros años, y que se le siguiesen reforzando estos conocimientos en los años clínicos. Para ello se debía crear un departamento con un jefe de tiempo completo, con conocimientos suficientes en el área, que estaría encargado, además, de la integración interdisciplinaria. (Cadena Afanador, 2007: 56)

Dos años más tarde, durante el Segundo Seminario de Educación médica, organizado por la Universidad de Antioquia, al evaluar los resultados de las recomendaciones del Primer Seminario, se hizo evidente que cuatro de las siete facultades existentes en el país ya tenían un Departamento de Medicina Preventiva funcionando (Valle, Antioquia, Cauca, y Caldas) y las otras estaban en un proceso de desarrollo cercano del suyo (Cadena Afanador, 2007: 60).

Por su parte, la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (ASCOFAME), creada en 1959 con el fin de impulsar y apoyar el proceso de “flexnerización” de la educación médica colombiana, comenzó a retomar las banderas de la medicina preventiva<sup>38</sup>. En este nuevo contexto político y conceptual, se comenzó a pensar en cuál sería el tipo de médico que se requería formar para poner en marcha esa nueva forma de entender la acción en salud, para articularla con las orientaciones de los planes de desarrollo que se estaban implementando en los países de América Latina. Como consecuencia, la OPS y la Fundación Milbank Memorial, entre sus múltiples actividades y seminarios conjuntos en torno al tema, organizaron una mesa de trabajo “en Nueva York, entre el 30 de septiembre y el 4 de octubre de 1963, con el fin de discutir [...] como formar al personal de los

---

<sup>38</sup> En efecto, como ya se mencionó atrás, dos actores internacionales, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Fundación Milbank Memorial, habían comenzado a interesarse en la aplicación de las ciencias sociales y de la medicina preventiva (Leavell & Clark, 1958 [1953]; Quevedo V. & Pérez G., 2009: 91-95) en la educación médica, basándose en la epidemiología multicausal (MacMahon, Pugh & Ipsen, 1960).

servicios de salud mediante un enfoque epidemiológico y multicausal de los problemas de salud”<sup>39</sup> (Fundación Milbank Memorial, 1964: 4, citado por Quevedo V. & Pérez G., 2009: 95).

En Colombia, a partir de 1963, ASCOFAME comenzó a reaccionar ante la propuesta implementada por estas Organizaciones Internacionales, después de la mencionada Conferencia de Nueva York. Bajo la presidencia de Gabriel Velásquez Palau y la dirección ejecutiva de José Félix Patiño, ASCOFAME organizó entre el 16 y el 19 de octubre de ese año una reunión en Cartagena sobre el tema de Medicina y Desarrollo, con el fin de discutir sobre el tipo de médico que se debería formar para Colombia, bajo el modelo desarrollista (Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, 1964b). En las intervenciones y en las conclusiones de la reunión, quedó claro que estas coincidían plenamente con las propuestas de la OPS y la Fundación Milbank de enseñar en las escuelas de Medicina de América Latina la Medicina Preventiva y las ciencias sociales de carácter estructural-funcionalista, tal como se habían desarrollado en los Estados Unidos, siguiendo la corriente sociológica de Talcott Parsons, y concordantes con el modelo desarrollista impulsado por los Estados Unidos y por el Programa de la Alianza para el Progreso (Quevedo V. & Pérez G., 2009: 103-110). El problema planteado en esta reunión sobre “el médico que Colombia necesita” será el centro de la discusión que, en la Sociedad de Cirugía de Bogotá y en la Universidad del Rosario, definirá luego la orientación curricular que se pondrá en marcha en la nueva Facultad de Medicina a partir de 1966.

En esta reunión de ASCOFAME también se recomendó poner en marcha estudios sobre las necesidades, la demanda y los recursos disponibles de personal sanitario en el país. Como consecuencia, Alexander Robertson, director ejecutivo de la Fundación Milbank Memorial, propuso desarrollar un estudio piloto, llamado “Estudio Sobre los Recursos Humanos para la Salud y la Educación Médica en Colombia”. Esta idea fue apoyada por

---

<sup>39</sup> En relación con esa mesa de trabajo, sus discusiones y sus resultados, véase el documento de la Fundación Milbank (Fundación Milbank Memorial, 1964) y el ya citado segundo tomo de esta obra elaborado por Emilio Quevedo y Juliana Pérez (Quevedo V. & Pérez G., 2009: 95-98).

Santiago Rengifo, ministro de Salud Pública en ese momento, y avalada por el director de la OPS Abraham Horwitz. El Estudio se inició en 1964 y arrojó como resultado “un panorama general, cuantitativo, de la situación de los recursos humanos en salud, así como de los perfiles de morbi-mortalidad y las condiciones socio-demográficas del país, que debería servir de base para un Plan Nacional de Salud y de Educación Médica” (Hernández Álvarez et al., 2002: 174-175).

Paralelamente, la OPS impulsó una intensa discusión en América Latina sobre “el sentido, los alcances, las funciones, y las dinámicas y proyecciones de la salud pública y de sus escuelas de formación que condujo [también] a desarrollar una amplia investigación sobre el particular” (Hernández Álvarez et al., 2002: 180; Horwitz, 1962; Horwitz, 1969; Horwitz, 1970). Como resultado de estas discusiones, se dio en Colombia, durante el Ministerio de Santiago Rengifo Salcedo, la creación de la Escuela Nacional de Salud Pública de Medellín, como dependencia del Departamento de Medicina Preventiva de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, y que fue dirigida por el salubrista Héctor Abad Gómez. Esta Escuela vino a reemplazar a la Escuela de Salud Pública de la Universidad Nacional, en la cual persistía aún la enseñanza de orientación rockefelleriana de la salud pública, entendida como una especialidad médica y centrada en el uso de las “campañas de erradicación” como herramientas fundamentales de trabajo para enfrentar la enfermedad colectiva. En esta nueva Escuela Nacional de Salud Pública de Medellín se comenzaron a formar los salubristas de nuevo tipo orientados, por un lado, hacia la medicina preventiva y, por otro, hacia la construcción y diseño de sistemas nacionales y regionales de salud, apoyándose en la metodología de planificación de salud de CENDES/OPS, ampliamente difundida por todos los países de América Latina (Hernández Álvarez et al., 2002: 180-182).

### **La reforma universitaria durante el gobierno de Valencia**

En el ámbito de la educación superior y la reforma universitaria, continuó la lucha de los estudiantes por la autonomía y el cogobierno, siguiendo los derroteros de la Reforma de Córdoba. Si bien durante el año de 1963 no se presentaron huelgas universitarias como en los años anteriores, el movimiento estudiantil estuvo atento al ambiente de agitación total que

vivía el país<sup>40</sup>. Durante la conmemoración del 8 y 9 de junio hubo nuevos enfrentamientos con la fuerza pública y con el alcalde Bogotá, Jorge Gaitán Cortés (Ruiz Montealegre, 2002: 142).

En el *Segundo Congreso de Unidad Estudiantil*, reunido en Medellín en mayo de 1963, los dos elementos principales de discusión fueron la creación de una federación de estudiantes de las universidades públicas y la nacionalización de la educación superior. Por una parte, se esperaba que la creación de dicha federación permitiría a los estudiantes participar en la Asociación de Universidades, para llevar el cogobierno y la autonomía a escala nacional. Por otra parte, la nacionalización de la educación se entendía desde el punto de vista de su centralización, planeación y unificación, pero no como su estatización, pues una universidad manejada íntegramente por el Estado perdería su autonomía y su carácter democrático. La consigna era “democratización en todo sentido de la Universidad Colombiana” (Hermias Ruiz, mayo de 1963, citado en *El Tigre de Papel-Editores*, 1971: 31).

A partir de las posiciones y discusiones que se presentaron en los meses siguientes en el Movimiento Estudiantil, entre los estudiantes conservadores y liberales, calificados como de derecha y los pertenecientes a la JUCO (Juventud Comunista Colombiana), a las juventudes del MRL y a otras fuerzas más radicales, conocidas como de izquierda, se comenzó a plantear “el papel esencialmente político que debían tener los estudiantes en la tarea de desarrollar la revolución social en estrecha cercanía con los obreros y los campesinos”. Estas discusiones dieron origen a una serie de manifestaciones y de enfrentamientos violentos entre grupos de estudiantes de las diferentes tendencias y con la fuerza pública. Esto llevó a que en el seno de la dirigencia estudiantil surgiera un rechazo a este tipo de acciones violentas por parte de los estudiantes y al planteamiento de crear una organización de carácter nacional que “representara fundamentalmente los intereses de la masa estudiantil y no los intereses ideológicos particulares de los grupos políticos. [Se afirmó entonces que] sólo así sería posible la

---

<sup>40</sup> Durante este período, el debate en el interior del movimiento estudiantil “se polarizó alrededor de temas más o menos gremiales y el punto más importante de discusión [fue] el de la ley de reforma universitaria” (*El Tigre de Papel-Editores*, 1971: 30).

unidad del estudiantado y [...] la creación de una fortalecida organización estudiantil de carácter nacional” (Ruiz Montealegre, 2002: 142-145).

Durante el Tercer Congreso Nacional Estudiantil, que se celebró en Bogotá en noviembre de 1963, en el gobierno de Guillermo León Valencia, las discusiones de los asistentes se centraron en el análisis de los grandes problemas que padecía el sistema universitario en su esencia estructural y que estaban influyendo negativamente en el desarrollo de la universidad. Así mismo, se discutieron los problemas estructurales del país que afectaban a la educación superior, incluyendo la ausencia de planificación por parte del Estado, el despilfarro presupuestal, el bajo desarrollo de la investigación, la distribución desigual del presupuesto, que motivaba el desequilibrio entre las universidades públicas y las privadas, favoreciendo las oportunidades de estudio para los sectores acomodados. Las conclusiones de estos debates fueron que la educación colombiana era antipopular y antidemocrática (Ruiz Montealegre, 2002: 152-153), y ante eso se proponía “la orientación de su política docente y académica a la investigación y descubrimiento de las causas reales del subdesarrollo y a la prospectación para salir de él” (UN Ponencia, citada por Ruiz Montealegre, 2002: 153)<sup>41</sup>.

En este escenario se forjaron los “líderes estudiantiles altamente politizados y se [despertó] el interés de la gran masa estudiantil por los problemas políticos del país” (Ruiz Montealegre, 2002: 145). Por la influencia de la Federación Universitaria Nacional (FUN), al finalizar 1963, se expidió la Ley 65 del 18 de diciembre, por la cual se oficializó una nueva ley orgánica de la Universidad Nacional, que garantizó la aplicación de la autonomía universitaria y los demás postulados de la Reforma de Córdoba<sup>42</sup> (Ruiz Montealegre, 2002: 160-161).

---

<sup>41</sup> Como resultado de este Congreso se creó la Federación Universitaria Nacional (FUN), impulsada fundamentalmente por los estudiantes de la Universidad Nacional y liderada por los estudiantes del Departamento de Sociología, con el fin de “buscar las formas más adecuadas al objetivo de lograr una universidad pública (nacionalizada), democrática, autónoma para cumplir sus funciones genéricas y su función social y universalista” (Universidad Nacional de Colombia, 1963).

<sup>42</sup> Este hecho fue recogido por el movimiento estudiantil como un triunfo propio y con un reconocimiento a una iniciativa que había sido emprendida desde su seno, a diferencia de las reformas de 1936 y de 1958 (Ruiz Montealegre, 2002: 161).

En el marco de esta nueva Ley Orgánica de la Universidad, se creó el Consejo Superior Universitario como máxima autoridad que regiría los destinos de la institución y en el cual tuvieron asiento dos estudiantes con voz y voto, elegidos democráticamente por todo el estamento estudiantil. Igualmente, esta nueva Universidad Nacional inició su proceso de modernización, el cual fue encabezado por el nuevo rector, el médico y cirujano José Félix Patiño<sup>43</sup> quien, siguiendo los derroteros del Plan Atcon, puso en marcha la llamada “Reforma Patiño” o “Plan Patiño”. El rector llamó a los estudiantes a colaborar con el proceso de reforma, lo que permitió la consolidación de la FUN y el aplacamiento momentáneo del movimiento estudiantil (Ruiz Montealegre, 2002: 166-168).

---

<sup>43</sup> Después de salir del Ministerio de Salud, José Félix Patiño fue nombrado en 1964 rector de la Universidad Nacional de Colombia. Allí emprendió entonces una importante reforma de la Universidad, modernizando su estructura: redujo el número de facultades mediante la “integración” que permitió la creación de las tres grandes facultades de la Universidad: Facultad de Ciencias, Facultad de Artes y Arquitectura y Facultad de Ciencias Humanas para apoyar la implementación de los “estudios generales” en la Institución. También multiplicó el número de carreras; en el aspecto financiero logró triplicar el presupuesto; y en el académico modernizó los currículos y amplió el profesorado de tiempo completo y de investigadores, vinculando a los mejores intelectuales de Colombia y América Latina. Ello se realizó en forma simultánea con un ambicioso Plan de Desarrollo que se tradujo en la ampliación de la planta física, de los laboratorios, la creación de museos y la construcción de edificios como el Auditorio León de Greiff, la Biblioteca Central, el Edificio de la Administración, dormitorios y una gran cafetería para el bienestar estudiantil y otros espacios (Rodríguez Múnera, 2017; Silva Carrero, 2016).

## La reapertura de la facultad (1965-1969)\*

### Orígenes y creación de la nueva Facultad

La coyuntura para la creación de la nueva Facultad de Medicina del Colegio del Rosario se dio en este contexto general, nacional e internacional, en el cual habían surgido el Frente Nacional, la Alianza para el Progreso, las propuestas tanto de una reforma sanitaria apoyada en la idea de la salud como inversión para el desarrollo, como de una reforma universitaria despolitizante y privatizadora de la educación superior y, en el marco de ella, la idea de formar el “médico que Colombia necesitaba”. Una vez que la Universidad Javeriana abandonó el Hospital de San José, y en vista de que la legislación nacional del momento no permitía que existiese en el país ninguna facultad, de ningún ramo, si no estaba vinculada a una universidad, los miembros de la Sociedad de Cirugía de Bogotá comenzaron una búsqueda infructuosa para encontrar alguna institución universitaria que respaldara el proyecto.

---

\* Este apartado resume la historia extensamente contada en el segundo volumen de la historia de la Facultad de Medicina del Rosario entre 1965 y 1969 (Quevedo V. & Pérez G., 2009), con el fin de que el lector no familiarizado con dicha historia, y que no quiera o no tenga tiempo para leer dicho volumen, se apropie de los elementos básicos suficientes para comprender el proceso que continúa después de 1969.

## **Primeros contactos y firma del convenio con el Colegio del Rosario**

En efecto, Guillermo Fergusson Manrique, a la sazón director del Hospital de San José, contactó a las universidades Externado de Colombia, Santo Tomás, Libre, y de los Andes, pero ninguna de ellas se quiso comprometer en esta ambiciosa iniciativa (Tribín Piedrahita, 1996: 87).

Ante esta situación, Alfonso Tribín Piedrahita, oftalmólogo del Hospital de San José, se comprometió con los demás miembros de la Sociedad de Cirugía a establecer un contacto con el Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario<sup>44</sup> (Tribín Piedrahita, 1996: 87). Como consecuencia de sus gestiones se concertaron una serie de reuniones entre Guillermo Fergusson, la Junta Directiva de la Sociedad de Cirugía de Bogotá y Monseñor Castro Silva, rector del Colegio del Rosario. Como resultado final de estas reuniones se firmó un contrato entre el Colegio y la Sociedad de Cirugía, el día 15 de junio de 1965, para reabrir la Facultad de Medicina del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario (Quevedo V. & Pérez G., 2009: 118-129).

Según el neurocirujano Antonio Becerra Lara, al mediodía del viernes 28 de junio de 1965, en acto celebrado en el Salón Rectoral del Colegio del Rosario, se firmó el Acta de Constitución de la nueva Facultad de Medicina, con la asistencia de los miembros de la Junta Directiva de la Sociedad de Cirugía (Eduardo Cubides Pardo, presidente; Mario Negret López, vicepresidente; Eugenio Ordoñez Márquez, vocal; Hernando Galvis Ordoñez, secretario); Guillermo Fergusson Manrique, director del Hospital de San José; Juan Di Doménico, jefe de Educación Médica del Hospital; Marino Tobón, síndico de la misma institución; los médicos Arturo Aparicio Jaramillo, Guillermo Rueda Montaña y Juan Mendoza Vega; y Salomón Lerner, director de la revista *Tribuna Médica*. Así mismo, asistieron por parte del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario el rector monseñor José Vicente Castro Silva; Héctor Julio Becerra, presidente de la Asociación de Antiguos Alumnos; Hernando Morales,

---

<sup>44</sup> Alfonso Tribín Piedrahita se había graduado como bachiller en el Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario y era, además, el oftalmólogo personal del rector de dicho Colegio, monseñor José Vicente Castro Silva (Tribín Piedrahita, 1996: 87).

catedrático del Colegio y miembro de la Comisión que estudió el proyecto de creación de la Facultad; Hernando Madroñero, secretario general del Colegio; Álvaro Daza Roa y Alfonso Tribín Piedrahita, oftalmólogo del Hospital de San José, a quien se le debía, en gran parte, la creación de la Facultad, pues sirvió de enlace entre las dos instituciones (Becerra Lara, 1996 [1990]: 94-95).

Los estamentos directivos de la Facultad quedaron conformados por el decano y el secretario académico. Como primer decano fue designado por la rectoría Guillermo Fergusson Manrique, aunque el candidato propuesto por la Sociedad de Cirugía había sido Arturo Aparicio Jaramillo, gineco-obstetra muy prestante de la capital y exdecano de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional. Según comentaba Luis Enrique Nieto Arango, Castro Silva había tenido una empatía absoluta con Fergusson desde el primer momento (Nieto Arango, 2007: 7). Como secretario académico fue nombrado el gastroenterólogo Arcio Peñalosa Rosas. El primer Consejo Directivo estuvo integrado por Eduardo Cubides Pardo, presidente de la Sociedad de Cirugía de Bogotá; Alfonso Tribín Piedrahita y Gustavo Escallón, ambos representantes de la Sociedad de Cirugía; y los abogados Hernando Morales Molina, representante del Colegio, y Ovidio Oundjian Besnard, asistente rectoral (Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, 1965: 1; Quevedo V. & Pérez G., 2009: 129-132).

## **Escollos para la aprobación de la Facultad**

Una vez firmado el convenio entre las dos instituciones, definido el cuadro de las directivas y aprobado el plan de estudios, la propuesta de creación de la nueva Facultad se envió al gobierno para su estudio y aprobación. Para ese momento, el escenario de la educación médica en Colombia estaba dominado por la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (ASCOFAME), una organización de carácter privado fundada por los decanos de las distintas facultades de Medicina del país<sup>45</sup>. Por esa razón,

---

<sup>45</sup> Según documentos de la propia ASCOFAME, “el 18 de marzo de 1959, tal y como había sido recomendado por la [Segunda Misión Médica Norteamericana, llamada] Misión Lapham, que visitó a Colombia en 1953 y reafirmado por el [Primer] Seminario [de Educación Médica] de Cali en 1955, durante la Duodécima Reunión de Decanos de las Facultades de Medicina, se suscribió el acta de constitución de la Asociación Colombiana

la Asociación Colombiana de Universidades (ASCUN)<sup>46</sup>, institución que recibió la propuesta de parte del gobierno para su estudio, remitió a esta otra asociación los documentos enviados por la Universidad del Rosario con el fin de que los revisara y les diera su visto bueno, pues ASCOFAME se había integrado como filial de ASCUN para lo relacionado con la Educación Médica (Orozco, 1984: 101; Paredes Manrique, 1966: 20)<sup>47</sup>. Una vez estudiados los documentos relativos a la reapertura de la Facultad de Medicina del Rosario, ASCOFAME no quiso recomendar su apertura porque

---

de Facultades de Medicina, ASCOFAME, y se aprobaron los estatutos que venían siendo estudiados desde 1956” (ASCOFAME, 1974: 17-18). Hacían parte de ella los decanos de las Facultades de Medicina de siete universidades: Universidad de Antioquia, Universidad de Caldas, Universidad de Cartagena, Universidad del Cauca, Universidad Javeriana, Universidad Nacional y Universidad del Valle, y su primer presidente fue Gabriel Velázquez Palau, decano de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad del Valle.

<sup>46</sup> La Asociación Colombiana de Universidades (ASCUN), había nacido también de las recomendaciones de la Misión Lapham (Orozco, 1984: 101; Paredes Manrique, 1966: 20).

<sup>47</sup> Dicha Asociación, siguiendo las recomendaciones de la Misión Lapham, había coordinado la implementación e instauración en Colombia del modelo norteamericano de educación médica, ya mencionado atrás, conocido como modelo de Abraham Flexner, cuya implementación en nuestro país había sido recomendada desde 1948 por la Primera Misión Médica Norteamericana, la Misión Unitaria o Misión Humphreys (Humphreys II, 1950), y reafirmado por la Segunda Misión Médica estadounidense, la Misión Lapham en su informe de 1954 (Lapham, Goss & Berson, 1954). Este modelo exigía, como forma de superar en Colombia la, a juicio de estas misiones “anticuada”, orientación de la educación médica francesa clásica, que la formación del médico se apoyara en la adquisición de conocimientos en ciencias básicas generales y en ciencias básicas médicas, durante los primeros cuatro años, complementándolos luego mediante prácticas formativas en el ámbito hospitalario durante los últimos dos años. Después de su fundación, se unieron a ASCOFAME la Asociación Nacional de Hospitales, la Escuela de Salud Pública de la Universidad Nacional y el Hospital Militar Central. Como consecuencia, por medio del Decreto 605, se creó también el Comité de Acreditación de Hospitales (Quevedo V. & Pérez G., 2009: 85-86). Tres años después de la fundación de ASCOFAME, durante su Segunda Asamblea, reunida en Bogotá en octubre de 1962, y a partir de una propuesta presentada por Gabriel Velázquez Palau, decano de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad del Valle, se aprobaron unos requisitos mínimos que debería cumplir toda facultad de Medicina en Colombia para obtener altos niveles académicos (Velásquez Palau, 1962). Como consecuencia, en el mismo año se promulgó la Ley 14 de 1962, por la cual el gobierno le dio a ASCOFAME las atribuciones necesarias para el control y orientación del funcionamiento de las facultades de Medicina y para la apertura de nuevas facultades. Dicha ley le dio también el espaldarazo al documento *Requisitos mínimos para las facultades de Medicina*, en la cual la asociación definía e imponía las pautas para afianzar el modelo flexneriano (Paredes Manrique, 1966: 21).

consideró que el plan de estudios era retardatario. Su recomendación se apoyaba en el hecho de que el Plan de Estudios retomaba parte del modelo francés de enseñanza, al vincular al estudiante a la práctica hospitalaria desde el primer momento de su ingreso a la Facultad. En efecto, dicho plan de estudios mezclaba elementos del modelo francés clásico con elementos del modelo flexneriano, ya en boga en el país, y con algunos aspectos del modelo preventivista que estaba impulsando la OPS, en el marco de la Alianza para el Progreso. Mientras el estudiante abordaba el aprendizaje de las ciencias básicas médicas, tal como lo proponía el modelo flexneriano, asistía, y esto era lo más novedoso, a algunas prácticas en el hospital como una forma de introducirse tempranamente en las actividades clínicas y correlacionarlas con las ciencias básicas. Pero también llevaba a cabo actividades extramurales en el centro de salud aledaño al hospital y en algunas zonas rurales, para garantizar su contacto con las actividades de la salud pública y de la medicina preventiva<sup>48</sup>. ASCOFAME, afincada en el modelo flexneriano, consideró que el plan de estudios de la nueva Facultad no se adaptaba a la propuesta de Abraham Flexner, de la cual esta institución era adalid en Colombia, y aprovechó su posición de hegemonía para rechazar el nuevo Programa de Medicina. Después de muchas idas y venidas, ASCUN pasó por encima de las opiniones de ASCOFAME y aprobó provisionalmente la iniciación de los estudios en la nueva Facultad<sup>49</sup>.

## **Apertura de la Facultad**

Así, el primero de marzo de 1966, en la fase final del gobierno de Guillermo León Valencia, segundo presidente del Frente Nacional, la Facultad abrió sus puertas a los nuevos alumnos con la “celebración de una misa para ellos y sus familias, seguida de un almuerzo en el Hospital de San José, que incluiría una visita a las distintas dependencias del Hospital y la

---

<sup>48</sup> Para un análisis más a fondo del plan de estudios, véase el trabajo de Quevedo y Pérez (Quevedo V. & Pérez G., 2009: 139-142).

<sup>49</sup> Para detalles más precisos de este proceso, véase el libro de Quevedo y Pérez (Quevedo V. & Pérez G., 2009: 145-159).

subsiguiente reunión de los nuevos estudiantes con el profesorado para recibir recomendaciones sobre el futuro de su vida estudiantil<sup>50</sup>.

Para cerrar los actos de inauguración, se celebró un evento académico a las cuatro de la tarde, la tradicional hora medieval de *vísperas*, con una conferencia inaugural del entonces ministro de Educación Daniel Arango Jaramillo, en el colonial Claustro del Colegio. A partir de ese momento, se inició el proceso de formación de los alumnos de la primera cohorte de la nueva Facultad de Medicina del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario y la Sociedad de Cirugía de Bogotá. Esta característica de ser una facultad que dependía simultáneamente de dos instituciones diferentes era una experiencia nueva e inédita en el país<sup>51</sup>.

## **Visibilidad de la nueva Facultad**

Una vez en funcionamiento, la nueva Facultad de Medicina comenzó rápidamente a figurar en el concierto internacional de la educación médica. Como consta en el acta n.º 27 del Consejo Directivo del 7 de noviembre de 1968, la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades de Medicina (FEPAFEM) escogió a la Universidad del Rosario como sede para llevar a cabo, en su Claustro, un Seminario sobre Currículum para la Formación de Médicos, auspiciado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), para ser celebrado los días 13 y 14 de enero de 1969. Dicho Seminario revisaría los contenidos y métodos de la enseñanza médica<sup>52</sup>. De acuerdo con el acta del Consejo Directivo n.º 28 del 14 de noviembre de 1968, tanto el rector como la Consiliatura se mostraron interesados en el Seminario y autorizaron la utilización de las instalaciones de la Universidad para facilitar su realización.

En efecto, este Seminario se realizó como estaba previsto y en el acta del Consejo Directivo n.º 1 del 16 de enero de 1969 el decano Fergusson

---

<sup>50</sup> Colegio Mayor del Rosario, Consiliatura. Acta de la sesión de la honorable Consiliatura, miércoles 26 de enero de 1966. Bogotá, *Actas, libro número 3 de actas de Consiliatura, del 31 de julio, 1964, al 1.º de abril, 1966*: 104-109.

<sup>51</sup> Para un análisis más a fondo de los desarrollos de la nueva Facultad entre 1966 y 1969, véase el trabajo de Emilio Quevedo V. y Juliana Pérez G. (Quevedo V. & Pérez G., 2009).

<sup>52</sup> Acta del Consejo Directivo n.º 27 del 7 de noviembre de 1968: 2.

informó que este evento tuvo una muy buena acogida y de él se desprendieron las siguientes conclusiones:

- [...] 1. Las Facultades de Medicina deben propender por la formación de varios tipos de médicos, según las necesidades y características de cada país, sugiriendo para Colombia la formación de profesionales que se dediquen más a la labor asistencial que a la labor preventiva. 2. Flexibilidad en los *curriculae*, acortando el periodo de estudios, con posibilidad de cambiar el internado rotatorio por el internado de especialidades. 3. Creación de cursos de estudios generales, más o menos parecidos al año pre-médico que existe en algunas universidades<sup>53</sup>.

El hecho de que FEPAFEM hubiese escogido al Rosario como sede de este evento, y no a las facultades de Medicina de la Universidad Nacional y de la Universidad Javeriana, que contaban con una importante tradición en la ciudad de Bogotá, dejaba ver de qué manera FEPAFEM estaba mirando con interés las propuestas de la nueva Facultad.

Con respecto a ese Seminario, llama no obstante la atención el hecho de que en las recomendaciones se hiciera énfasis para el caso colombiano en la medicina curativa y no en la preventiva pues, ya desde 1963, como se mencionó atrás, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), con el apoyo de la Fundación Milbank (Fundación Milbank Memorial, 1964: 43-52), así como la propia Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (ASCOFAME) en Colombia, habían recomendado la inclusión de las ciencias sociales y de la medicina preventiva en los currículos de Medicina, siguiendo, en nuestro caso, entre otras cosas, las experiencias previas de la Universidad del Valle (Llanos, Pradilla & Rueda, 2007).

No sabemos de qué forma se combinaron al final las recomendaciones del Seminario realizado en el Rosario con estas posiciones previas de las instituciones internacionales y nacionales.

---

<sup>53</sup> Acta del Consejo Directivo n.º 1 del 16 de enero de 1969: 1.



## **1969: ¡la primera crisis de la Facultad!**

### **El “Gobierno de la Transformación Nacional” (1966-1970)**

#### **La modernización del Estado**

En aquel marzo de 1966, cuando se abrieron las puertas del Claustro del Rosario y las del Hospital de San José para que los nuevos estudiantes de Medicina ingresaran a sus aulas, el país continuaba políticamente convulsionado, a pesar de que los actos de inauguración de la Facultad no parecieron estar tocados por la crisis política y social que en el país se estaba viviendo.

El 7 de agosto de 1966, pocos meses después de que se iniciaron las actividades académicas en la nueva Facultad, y como resultado de una conflictiva y polarizada campaña electoral, tomó posesión como tercer presidente del Frente Nacional el abogado, periodista, político y economista Carlos Lleras Restrepo<sup>54</sup>; y, con él, la política de la Alianza para el Progreso comenzó a tener un nuevo rumbo en Colombia.

---

<sup>54</sup> En efecto, el expresidente y exgeneral Gustavo Rojas Pinilla había regresado de su exilio en 1958. Después de ser juzgado por el Senado e indultado por la Corte Suprema de Justicia, organizó un nuevo movimiento político de carácter populista y bipartidista, bajo el nombre de Alianza Nacional Popular (ANAPO), con el fin de enfrentarse al régimen del Frente Nacional (Bushnell, 2004: 311-312; Caballero, 2018: 368). Los miembros de su movimiento político se agruparon en un ala de conservadores y otra de liberales (Torres

El nombre de su gobierno (1966-1970), que él mismo había denominado “Gobierno de la Transformación Nacional”, respondía a una de las principales banderas de su administración: la modernización del Estado como instrumento para reforzar la inserción del país en el sistema capitalista mundial. Dicho gobierno, como los dos anteriores, estaba enmarcado en los derroteros políticos y económicos del modelo desarrollista de la Alianza para el Progreso (APP) y de la CEPAL. No obstante, el presidente electo, buen conocedor de la ciencia económica, tenía algunos distanciamientos de la interpretación que los presidentes predecesores le habían dado: su propia perspectiva del modelo desarrollista y del Estado interventor lo condujo a poner en marcha una serie importante de reformas de ajuste político, económico y administrativo, para transformar el país, incluyendo las reformas agraria, sanitaria y educativa<sup>55</sup> (Hartlyn, 1993 [1988]: 162).

Pero, al presentar el presidente su propuesta de reforma al Congreso de la República, en 1968, tuvo que enfrentarse a los intereses encontrados predominantes en dicha corporación. Como respuesta a la resistencia al cambio de parte de los congresistas, el presidente presentó su renuncia. Esta no le fue aprobada, pero, solo mediante negociaciones directas con el expresidente Mariano Ospina Pérez, Lleras Restrepo consiguió que el texto de la reforma se transformara en acto legislativo, aunque tuvo que ceder ante las exigencias de los “honorables padres de la patria” para que pudieran continuar “usando los auxilios parlamentarios” para mantener cautivas sus clientelas regionales (Torres del Río, 2010: 285-286).

La reforma de Lleras Restrepo se dividió en tres partes. La primera, de carácter económico, introdujo la planificación estatal como instrumento de gobierno. También creó la figura jurídica de la *emergencia económica*,

---

del Río, 2010: 284-285), quienes proponían como posible candidato a la presidencia al disidente liberal José Jaramillo Giraldo. Durante la campaña electoral, el país se polarizó más de lo que ya estaba. Pero el 1.º de mayo de 1966, el candidato liberal oficialista, Carlos Lleras Restrepo, salió triunfante en la batalla electoral, a pesar de las amenazas de Rojas Pinilla de que, si le robaban las elecciones, “llovería piedra sobre piedra y pagarían con sus vidas los oligarcas” (Torres del Río, 2010: 283-285).

<sup>55</sup> Al respecto de esas reformas, véase, entre otros, los trabajos de Hartlyn, Torres del Río y Pécaut (Hartlyn, 1993 [1988]: 162-169; Pécaut, 1989: 37-107; Torres del Río, 2010: 283-305).

como herramienta para legislar temporalmente en caso de crisis económicas y desastres naturales y no tener que recurrir así al viejo Estado de Sitio. La segunda, la reforma política, fortaleció la autoridad del ejecutivo en materia de presupuesto y de gasto público y terminó con la paridad legislativa en los ámbitos municipal y departamental, a partir de 1970, y en el Congreso, después de 1974. Así mismo, se logró introducir en el Congreso la votación por mayoría simple. La tercera reforma, de carácter administrativo, permitió la creación de los institutos descentralizados (Torres del Río, 2010: 286-287).

La reforma administrativa aumentó la participación del Departamento Nacional de Planeación (DNP) en la determinación de los modelos de inversión pública. Por otra parte, la creación de los institutos descentralizados permitió transferirles una parte significativa de las funciones de los ministerios centrales. A varios de ellos se les otorgó independencia económica y una mayor autonomía (Torres del Río, 2010: 287). Todas estas reformas modernizaron la estructura del Estado y agilizaron su administración en concordancia con la concepción llerista de un Estado desarrollista e interventor.

### **La creación de COLCIENCIAS**

Formando parte del grupo de los institutos descentralizados que la reforma de Lleras puso en marcha, nació el Fondo Colombiano de Investigaciones Científicas y Proyectos Especiales “Francisco José de Caldas” (COLCIENCIAS) y su ente rector, el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CNCyT). Dicho fondo fue creado el 20 de noviembre de 1968, como parte del proceso de reforma del Estado y fue adscrito al Ministerio de Educación Nacional. En el marco de la Alianza para el Progreso y del modelo desarrollista que estaba en boga, la ciencia y la tecnología, así como la salud y la educación, eran concebidas como ámbitos de inversión para el desarrollo. Se entendía que el progreso científico y tecnológico de los países, así como la transferencia y apropiación de conocimiento y tecnología extranjera, eran fundamentales para el crecimiento industrial local, el cual permitiría la sustitución de importaciones de bienes de consumo y potenciaría la creación de puestos de trabajo y la acumulación de capital en el ámbito nacional (Plata, 2013: 66-68).

Todo esto hacía parte de las estrategias geopolíticas relacionadas con la Alianza para el Progreso, la Guerra Fría y las actividades de la Organización de Estados Americanos (OEA), de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) y de la Organización para el Desarrollo Económico (OCDE), alrededor del nuevo orden mundial (Plata, 2013: 66-68), de cuya influencia Lleras Restrepo no se podía escapar. Por lo tanto, con el apoyo de la Academia Nacional de Ciencias de los Estados Unidos, la OEA y la UNESCO, y con la participación de varias personas interesadas en el tema en el país, como Gabriel Betancur Mejía (ministro de Educación), Alberto Ospina Taborda (quien llegaría a ser el primer director de COLCIENCIAS), Oliverio Phillips, Sven Zethelius y Jaime Ayala, entre otros, se llevó a cabo un Seminario sobre Ciencia y Tecnología para el Desarrollo, en Fusagasugá, durante el 26 al 29 de febrero de 1968, en el que se concretó la propuesta de la creación de COLCIENCIAS (Plata, 2013: 66-68).

Según Juan José Plata, desde su fundación y bajo la dirección de Alberto Ospina Taborda (1969-1972), “COLCIENCIAS inició [...] un largo camino [...] [para] posicionar la institución en los medios académicos y los centros de investigación” (Plata, 2013: 82). Dicho instituto descentralizado llegaría a tener una importancia significativa para el desarrollo de la educación y la investigación en el país.

## **El retroceso de la reforma universitaria**

Entre estas reformas, Lleras Restrepo tenía la idea de poner en marcha la reforma universitaria que venía cuajándose desde los gobiernos anteriores de acuerdo con las perspectivas de la Alianza para el Progreso. Pero, de antes de posesionarse como presidente, Lleras Restrepo había tenido enfrentamientos con los estudiantes de la Universidad Nacional<sup>56</sup>. Esta situación desató una rencorosa ofensiva contra esa Universidad de parte

---

<sup>56</sup> El 6 de noviembre de 1964, en ese entonces en su calidad de candidato oficial del Frente Nacional, fue invitado por la Rectoría de la Universidad Nacional para que dictara una conferencia en el Aula Máxima de la Facultad de Derecho. No obstante, la conferencia no se pudo dictar porque los estudiantes lo recibieron “con una rechifla tal que, él y su comitiva, [tuvieron] que buscar refugio en una oficina de la Rectoría”. Los estudiantes le bloquearon la salida y el presidente de la República, Guillermo León Valencia, tuvo

de Lleras Restrepo, posición que mantuvo durante todo su gobierno y que, en un principio, favorecería el fortalecimiento del movimiento estudiantil y de todas sus movilizaciones posteriores (El Tigre de Papel-Editores, 1971: 35), pero también su caída y desarticulación en 1966, cuando los directivos de la Federación Universitaria Nacional (FUN) comenzaron a perder su influencia sobre el dividido estudiantado nacional<sup>57</sup>.

Lleras Restrepo aprovechó la situación creada por nuevos brotes huelguísticos surgidos en las universidades de Medellín y de Antioquia, unos pocos días después de su posesión, el 7 de agosto de 1966, para tomar medidas radicales para eliminar la protesta estudiantil, por medio del Decreto 2128 del 19 de agosto de ese año. Los dirigentes de la FUN se reunieron con el presidente y le presentaron una propuesta de arreglo, pero días después, en una alocución televisada, el mandatario les desconoció su autoridad y se negó públicamente a volver a hablar y negociar con ellos, clausurando así definitivamente “el vínculo que por cerca de una década habían mantenido los representantes estudiantiles con el alto gobierno [...] haciendo caso omiso de la crítica situación de las universidades públicas y reduciendo el debate a las proporciones de un problema de orden público” (Ruiz Montealegre, 2002: 206-209).

El golpe final a los estudiantes se los dio Lleras Restrepo cuando, el 26 de octubre de ese mismo año de 1966, el mandatario asistió a la Ciudad Universitaria de la Universidad Nacional en compañía de Nelson

---

que enviar a la Universidad al Batallón Guardia Presidencial para rescatar al candidato (El Tigre de Papel-Editores, 1971: 35).

<sup>57</sup> El primer semestre de 1966 estuvo marcado por una gran cantidad de conflictos universitarios en todo el país. La FUN decretó un paro nacional en abril buscando el apoyo de las universidades Libre y Gran Colombia. Y luego, en la Universidad Nacional se presentó una nueva crisis. En mayo se realizó el tercer y último congreso de la FUN, en el cual se hizo evidente la división entre aquellos dirigentes estudiantiles que eran partidarios de la “lucha armada” y los que planteaban continuar con las luchas gremiales que habían sido tradicionales en el seno del movimiento estudiantil en los años anteriores. Entre los partidarios de la lucha armada se contaban algunos como Jaime Arenas y Julio César Cortés, que ya pertenecían al recién creado Ejército de Liberación Nacional (ELN) de orientación procubana, y otros, pertenecientes a las Juventudes Comunistas (JUCO) que apoyaban la consigna de “combinar todas las formas de lucha”. El movimiento estudiantil había entonces comenzado a perder unidad y, por lo tanto, su fortaleza (Ruiz Montealegre, 2002: 200-205).

Rockefeller, quien venía a Bogotá en calidad de representante de la Fundación Rockefeller para inaugurar un instituto de investigación veterinaria, que había sido financiado por dicha Fundación. Ambos fueron recibidos con consignas en su contra y fueron blanco de piedras y tomates arrojados por los estudiantes. La ira del presidente, cosa común en él, lo llevó a ordenar “la toma de la Universidad por parte de la fuerza pública, el allanamiento de las sedes de la FUN y del CSE [Consejo Superior Estudiantil], la detención de casi un centenar de estudiantes [y la suspensión] de la presencia de los dos representantes estudiantiles en el Consejo Superior Universitario”<sup>58</sup> (Ruiz Montealegre, 2002: 209; Selser, 1971: 141).

La separación de la organización estudiantil de sus postulados gremiales y la división de sus directivos en dos bandos, partidarios de la lucha armada y la acción guerrillera, por un lado, y seguidores de la lucha gremial, por otro, condujeron al distanciamiento del estudiantado con sus dirigentes. Pero también, las medidas del gobierno de Lleras Restrepo lograron su cometido: “cerrar el vínculo entre los estudiantes de la Universidad Nacional y el país político y propiciar el fraccionamiento de la organización estudiantil, conduciendo al movimiento estudiantil a un profundo debilitamiento”<sup>59</sup> (Ruiz Montealegre, 2002: 211).

Algunos de los diferentes movimientos de protesta surgidos durante el gobierno de Lleras Restrepo, como se verá más adelante, llegarían a

---

<sup>58</sup> Para un análisis más a fondo de este proceso estudiantil de la década de los sesenta centrado en la lucha contra la reforma universitaria puede consultarse el capítulo “Interpretación de la lucha estudiantil” escrito por los editores del libro *Crisis Universitaria Colombiana, 1971* (El Tigre de Papel-Editores, 1971: 17-47) y los trabajos de Emilio Quevedo y Juliana Pérez (Quevedo V. & Pérez G., 2009: 252-265), Carlos Arturo García P. (García, 1986: 187-189), Orlando Villanueva Martínez (Villanueva Martínez, 2006) y César Torres del Río (Torres del Río, 2010: 290-293). Existe, además, un importante estudio a profundidad sobre la historia de los procesos de organización estudiantil entre 1954 y 1966, escrito por Manuel Ruiz Montealegre (Ruiz Montealegre, 2002).

<sup>59</sup> De ahí en adelante, la lucha estudiantil fue dirigida y controlada por las organizaciones políticas nacionales presentes en las universidades: la Juventud Comunista (JUCO), los Camilistas, la Juventud Patriótica (MOIR), los anarquistas, los trostkistas, los ML, además de los partidos políticos tradicionales o movimientos radicales de derecha como Tradición, Familia y Propiedad, “quienes independientemente de la validez de sus argumentos, estaban convencidos de que el estudiantado debía propender hacia sus propuestas” (Ruiz Montealegre, 2002: 211).

tener algún grado de impacto en el posterior devenir de la nueva Facultad de Medicina. No obstante, a pesar de todo lo que estaba ocurriendo en ese momento en el país, al iniciarse las labores de la nueva Facultad, al menos en el Hospital de San José y en la Sociedad de Cirugía de Bogotá, ese conflicto nacional parecía no hacerse aparente. La Facultad era un mundo aparte, aislada en su Hospital, pues ni con la Universidad del Rosario ni con el Claustro tenían sus estudiantes y profesores relaciones frecuentes.

Solo un aspecto de la política sanitaria del gobierno del presidente Lleras Restrepo (1966-1970) llegaría a tener una significativa importancia para la nueva Facultad: su apoyo decidido, pero tácito, y públicamente silencioso a los programas de planificación familiar y control natal impulsados por la Alianza para el Progreso, como se verá más adelante (Echeverry, 1991: 16-17; Quevedo V. & Pérez G., 2009: 215-219).

## **El estallido de la crisis y sus antecedentes**

Tan solo tres años habían transcurrido desde la apertura de la Facultad cuando, el 13 de abril de 1969, Guillermo Fergusson Manrique renunció a su cargo como decano. Esto sucedió a consecuencia de una crisis que se desencadenó en esa institución debido a la puesta en escena de una obra de teatro estrenada por unos de sus estudiantes, en el aula de anatomía del Hospital, el 17 de marzo de ese mismo año, dos días antes de la fiesta de San José. Esta representación se llevó a cabo en un momento conflictivo para el país. La obra hacía parte de un acto cultural convocado para celebrar precisamente el día del santo patrono que le daba el nombre al Hospital, y se titulaba *Humanae vitae*.

Un elemento que tuvo mucho que ver con los desarrollos conflictivos que se presentaron en la vida de la nueva Facultad, relacionados con la presentación de esta obra de teatro, fue el hecho de que, tal como fue mencionado en el acta del Consejo Directivo n.º 27 del 7 de noviembre de 1968, la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (ASCOFAME) le propuso a la Facultad dictar el curso de Demografía. Este curso, que estaría bajo la responsabilidad de la División de Estudios de Población de dicha Institución, se desarrollaría en el quinto semestre de la carrera de Medicina, como parte del programa de Medicina Preventiva.

La creación de la División de Estudios de Población había sido propuesta por Gabriel Velásquez Palau, decano de la recién fundada Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad del Valle (1950), la cual había puesto en marcha un programa novedoso de salud comunitaria: el llamado Programa de Candelaria, pueblo cercano a Cali, donde las actividades de dicho programa se llevaban a cabo. Uno de los resultados de esa experiencia fue la identificación de “la marcada desproporción entre el crecimiento de las poblaciones y el de los recursos —especialmente los recursos humanos— en los programas de salud, educación y vivienda, quedando siempre los recursos en balance deficitario” (Echeverry, 1991: 18-19). Al evaluar el Programa, Velásquez Palau lanzó entonces “la idea de crear un organismo de estudios de población para profundizar investigaciones, ampliar las experiencias del programa de Candelaria, y extender al país sus beneficios por intermedio de las facultades de medicina” (Echeverry, 1991: 19)<sup>60</sup>. Pero la iniciativa de Velásquez Palau no era tan originalmente suya. El pensamiento de este personaje estaba claramente conectado con las propuestas desarrollistas norteamericanas relacionadas, entre otras cosas, con las estrategias de planificación familiar y control natal estimuladas por John D. Rockefeller III desde el *Population Council*, creado por él, con sus propios recursos, en la década de 1950.

En efecto, el fenómeno llamado en los países en desarrollo con el término “explosión demográfica”, comenzó a ser seriamente estudiado durante la década de 1950, como consecuencia de las tres primeras conferencias internacionales de Planificación Familiar. Estas fueron organizadas, la primera, por la noruega Elise Ottesen-Jensen, en Estocolmo, en 1946; la segunda, por Margaret Sanger y la recién creada Asociación Británica de Planificación Familiar, en Cheltenham, Inglaterra, en 1948; y, la tercera, en Bombay en 1952, de donde surgió la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF). El movimiento tomó fuerza en los Estados Unidos a partir de 1951, cuando el magnate John D. Rockefeller III comenzó a interesarse en el tema, después de un viaje al Japón, durante el cual comenzó a preocuparse por el problema del crecimiento excesivo de

---

<sup>60</sup> En relación con las experiencias de Candelaria, ver el trabajo de Llanos y colaboradores (Llanos, Pradilla & Rueda, 2007: 32-34 y 38-40).

la población, al observar las “hormigueantes masas asiáticas” y al evaluar el riesgo que para el continente americano eso podría significar. En asocio con el inversionista norteamericano Lewis Strauss, organizó una conferencia sobre el tema y fundó, en 1952, el mencionado *Population Council* para realizar y financiar proyectos de investigación sobre los problemas de la superpoblación mundial. Esta institución fue presidida por el propio John D. Rockefeller III. La influencia de dicho movimiento se había retardado en Colombia por el clima de violencia que dio como resultado el establecimiento de la dictadura militar de Rojas Pinilla en 1953, y solo hasta el arribo de la Segunda Misión Médica Americana y la fundación de ASCOFAME, se dio el clima propicio para importar al país estas ideas, en el marco del Programa de la Alianza para el Progreso (APP) (Echeverry, 1991: 15-17; Quevedo V. & Pérez G., 2009: 215-219).

Era en este contexto que Velásquez Palau proponía la creación de un organismo dedicado al estudio de los problemas de población. La iniciativa del decano de Ciencias de la Salud de la Universidad del Valle fue recogida y recomendada por el Primer Seminario Nacional de Demografía, organizado por la Fundación Ford, institución que brindó su apoyo al Programa de la Alianza para el Progreso. Y, un poco después, durante la Asamblea de ASCOFAME, celebrada en noviembre de 1964 en la ciudad de Medellín, se aprobó la nueva División de Estudios de Población (DEP), cuyo primer presidente fue el médico Hernán Mendoza Hoyos (Echeverry, 1991: 21). Esta División se planteó como objetivo llevar a cabo actividades de “[...] investigación en demografía, epidemiología del aborto, planificación familiar y educación sexual”. La Fundación Ford desempeñó un papel definitivo, tanto en el apoyo para la creación como para las actividades posteriores de capacitación de los funcionarios, la asistencia técnica y el apoyo económico de la DEP<sup>61</sup> (Echeverry, 1991: 19). Dos años más tarde, el ministro de salud del gobierno del presidente Carlos Lleras Restrepo

---

<sup>61</sup> Valga la pena mencionar que, durante los debates que se dieron en el país en torno a la creación de la DEP, surgió otra institución complementaria, de carácter privado, que se llamó Asociación Colombiana para el Estudio de la Población, cuyo primer presidente fue el médico y salubrista Antonio Ordóñez Plaja, Asociación que desempeñó también un papel importante en el apoyo de los programas de planificación familiar y control natal en Colombia (Echeverry, 1991: 19-21).

(1966-1970), Antonio Ordóñez Plaja, impulsó en el país, implícitamente, pero de manera decidida, los programas de planificación familiar y control natal de la Alianza para el Progreso (Echeverry, 1991: 16-17; Quevedo V. & Pérez G., 2009: 215-219).

Volviendo nuevamente a la mencionada reunión del Consejo Directivo de la Facultad de Medicina de la Universidad del Rosario, celebrada el 7 de noviembre de 1968, en la que se mencionó la propuesta de ASCOFAME para dictar el curso de Demografía, hay que recordar que el cardiólogo Juan Consuegra Zulaica, miembro del Consejo, había considerado que “[...] es conveniente aceptar este ofrecimiento y pide que, en tal forma se pronuncie el Consejo, pero considera que la Consiliatura de la Universidad debe ser el Organismo que tome la [decisión] definitiva”.

En efecto, el mes siguiente, y tal como figura en el acta n.º 28 del 14 de noviembre de 1968, el señor Rector informaba que

[...] en relación [con el] curso sobre demografía ofrecido por la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, la Consiliatura no tiene ningún reparo, dada la conveniencia de que especialmente al estudiante de Medicina se le dé una buena estructuración técnica y científica; quedando entendido, como lo ha aclarado el señor Decano, que dicho curso estará totalmente a cargo de la Asociación, incluyendo la parte económica del mismo. Pide, a nombre de la Consiliatura, solicitar a la Asociación que dentro del curso se eviten recomendaciones que comprometan la posición de la Facultad para no dejar duda sobre su criterio desprovisto de proselitismos<sup>62</sup>.

Como consecuencia, el señor decano dijo que el programa del curso se enviaría a la Consiliatura para su aprobación definitiva y que la recomendación de esta instancia sería remitida a ASCOFAME para que la tuvieran en cuenta. Así mismo, comentó que el curso se dictaría en el séptimo semestre, como parte de la enseñanza de la Clínica Pediátrica, que se realizaría en el Hospital Infantil Lorencita Villegas de Santos, institución con la cual se

---

<sup>62</sup> Acta del Consejo Directivo n.º 28 del 14 de noviembre de 1968: 1.

había firmado ya un contrato, en 1967, para que funcionase como centro docente de la Universidad para el pregrado y el posgrado de pediatría, ginecología y obstetricia. Como consecuencia, el 13 de enero de 1969 se inició la Cátedra de Pediatría, en el séptimo semestre de la carrera, bajo la jefatura del pediatra Jaime Pérez Norzagaray y la coordinación del también pediatra Gonzalo Franco Ramírez, con rotaciones en los principales servicios del Hospital (Franco Ramírez, 1996: 211-212). Como parte de las actividades docentes de esta Cátedra, se incluyó entonces el curso de Demografía, coordinado por ASCOFAME<sup>63</sup>. En ese contexto, el 30 de enero de 1969, Guillermo Fergusson manifestó al Consejo Directivo que ya se estaba dictando dicho curso en forma organizada<sup>64</sup>.

## **La obra de teatro y el control natal: ¿cuerpo del delito o “florero de Llorente”?**

La obra en mención había sido escrita y organizada por los miembros del grupo de teatro de la Facultad de Medicina, el cual venía funcionando desde al año anterior bajo la dirección del profesor y matemático Carlos Salamanca Molano, jefe de Estadística y del Archivo de Historias Clínicas del Hospital. Este grupo había nacido de otro grupo cultural de la Facultad dedicado al análisis y la crítica literaria y que era dirigido por el profesor de Historia de la Medicina, Antonio Martínez Zulaica, quien tenía múltiples inquietudes culturales. Al surgir dentro de este grupo la idea de conformar un grupo de teatro, los estudiantes interesados habían contactado al profesor Salamanca Molano para que los orientara en su organización, pues él era reconocido entre los alumnos por sus intereses intelectuales, artísticos, musicales, literarios y teatreros (Quevedo V. & Pérez G., 2009: 230-231).

A comienzos de 1969, cuando los estudiantes de la primera promoción iniciaron el semestre de Pediatría y comenzaron sus rotaciones por el Hospital Infantil Lorencita Villegas de Santos, recibieron también los

---

<sup>63</sup> En principio, este curso se había planeado para ser dictado en el quinto semestre de la carrera pero, finalmente, se decidió ubicarlo en el séptimo semestre, por sus relaciones con la Pediatría y la nutrición.

<sup>64</sup> Acta del Consejo Directivo n.º 2 del 30 de enero de 1969: 4.

primeros conocimientos de demografía en el Curso organizado para séptimo semestre por ASCOFAME. Fue durante esos primeros meses del año que algunos de estos estudiantes, miembros del grupo de teatro, propusieron presentar una obra de creación colectiva por parte del grupo, para ser presentada ese año en la celebración del Día de San José. La obra, apoyada en el conocimiento que sobre la planificación familiar se enseñaba en el Curso de Demografía, hacía una crítica a la encíclica *Humanae vitae* y a los planteamientos del Papa Pablo VI, autor de dicha encíclica, quien prohibía el uso de los métodos artificiales de control natal y solo aceptaba como moralmente válido el método del ritmo o de Ogino-Knaus (Quevedo V. & Pérez G., 2009: 230-236).

### **La explosión del conflicto**

En un principio la obra no implicó ningún problema, hasta que, el domingo 6 de abril, apareció en el periódico *El Catolicismo* un artículo escrito por Mario Madrid-Malo, bajo el título de “Burla a la ‘Humanae Vitae’ en el Rosario” (Madrid-Malo, 1969: 11), en el cual se planteaba que los estudiantes que habían representado la obra “lanzaron sátiras de pésimo gusto sobre la actitud de Pablo VI en contra de los anticonceptivos artificiales”, introduciendo “en escena a Jesucristo, los apóstoles y otros personajes del evangelio, haciéndolos protagonistas de actos reñidos con la moralidad y poniendo en sus bocas una sarta de chistes pornográficos” (Madrid-Malo, 1969: 11).

El columnista, que no había asistido a la representación y que recibió la información de segunda mano, exageró tremendamente los términos del libreto de la obra, pero prendió una hoguera que terminó en un serio conflicto. El editorial de ese mismo número de *El Catolicismo* hablaba de un

[...] hecho que carece de antecedentes por su gravedad en la Universidad Colombiana. La infame burla de las creencias de la gran mayoría de los colombianos merece nuestra más enérgica protesta. Y el hecho de que ella se haya llevado en una Universidad de rancia tradición católica, hace del acontecimiento un verdadero escándalo. A la desafortunada representación teatral asistieron complacidos y premiaron con aplausos a los autores, varios profesores de la facultad e incluso, el señor decano

de la misma, el Dr. Fergusson. Ninguna protesta se ha producido hasta ahora por la inaceptable y sacrílega burla [...] Hacemos un llamado a las autoridades académicas a fin de que comprueben la gravedad de la denuncia. (El Catolicismo, 1969: 4)

Igualmente, el editorialista traía a la memoria la intervención de Antonio Rocha, a la sazón rector del Rosario, cuando el 4 de diciembre 1968, en el acto de clausura del bachillerato del Colegio del Rosario, antes de ser elegido rector, decía “[...] en religión y moral [el Rosario] sigue normas establecidas para eternas. Y no para variarlas sino para sustentarlas quedaron alzados estos muros rocosos” (El Catolicismo, 1969: 4).

De esta forma, el editorialista obligaba directamente al rector a tomar cartas en el asunto. Por su parte, a los estudiantes, acostumbrados a la cotidianidad de la discusión sobre planificación familiar y control natal en la Facultad y en el Hospital, no les parecía tan grave el asunto. El problema demográfico era un tema presente en muchas de las cátedras que se dictaban en la Facultad y la importancia del control natal y de la educación era permanentemente resaltada, tanto en las actividades teóricas como en las clínicas. Por esto, la aparición de los textos de *El Catolicismo* contra la obra produjeron asombro en el cuerpo estudiantil y en buena parte de los profesores y del decano.

Todo este conflicto estaba realmente enmarcado en el coletazo de las luchas entre natalistas y antinatalistas, que se venían dando en el país, y también en América Latina, en torno a las propuestas de planificación familiar y control natal impulsadas por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS). Estas propuestas hacían parte de las estrategias desarrollistas contra la superpoblación y la pobreza puestas en marcha por el programa de la Alianza para el Progreso (APP), diseñadas por especialistas norteamericanos y acogidas por la Organización de Estados Americanos (OEA) un tiempo después de la reunión de Punta del Este, Uruguay, de 1961<sup>65</sup>.

---

<sup>65</sup> Para un análisis a profundidad de este conflicto y su entronque con las políticas de planificación familiar de la época, véase el segundo tomo de esta colección (Quevedo V. & Pérez G., 2009: 207-230).

Era en este contexto en el cual se enmarcaban no solo los contenidos del curso de Demografía del séptimo semestre de la Facultad de Medicina de la Universidad del Rosario, sino también las actividades prácticas de los programas y servicios de Planificación Familiar que ASCOFAME había puesto en marcha en las siete facultades de Medicina que a dicha Institución estaban afiliadas (Echeverry, 1991: 34).

El conflicto del Rosario se agudizó cuando, a partir del 11 de abril, el diario conservador *La República* reaccionó ante los hechos y el director de este diario, Alfredo Vásquez Carrizosa, profesor de la Universidad del Rosario y el jefe de redacción, Darío Montoya Giraldo, escribieron un editorial titulado “Glosa sobre el Colegio del Rosario”, basándose en los argumentos previos del editorial de *El Catolicismo*, y conectando la obra con el problema del conflicto natalismo/antinatalismo: “la denuncia formulada por el señor Mario Madrid-Malo no ha sido refutada. La pieza tiene caracteres de insulto a Jesucristo y al Romano Pontífice, dentro de la tesis formulada por sus autores de que ‘constituye un lastre socio-económico de alta trascendencia el no control de la natalidad’” (Vásquez Carrizosa & Montoya Giraldo, 1969: 4).

Este editorial exigía una decidida y clara respuesta del rector, quien, como consecuencia, llamó a su oficina a los dos estudiantes que habían representado la obra (Santiago Currea Guerrero y Álvaro Mejía Galvis) y les solicitó que se retiraran voluntariamente de la Institución, pues estaban poniendo en peligro la estabilidad del Colegio, por aparecer este como solidario con una actitud que atacaba los más altos principios de la filosofía tomista y los cimientos de la Iglesia católica. No obstante, aunque los estudiantes aceptaron la sanción en principio, sus compañeros los convencieron de que no se retiraran y que, si era el caso, se hicieran expulsar. Sin dudar, al enterarse, el Dr. Rocha firmó la expulsión (Quevedo V. & Pérez G., 2009: 236-238).

## **La renuncia del decano y la huelga**

Una vez conocida la noticia de la implacable sanción rectoral, ese mismo día, sábado 12 de abril, Guillermo Fergusson presentó al rector su carta de renuncia como decano y como profesor de la Facultad y envió una carta abierta a los profesores y alumnos, la cual fue publicada en *El Espectador*

del día siguiente. En ella afirmaba que había asistido a la representación como profesor y, como tal, la criticó, pero que, a pesar de sus fallas, a partir de ese momento la defiende “por lo que significa como demostración de libertad intelectual y de inquietud estudiantil por un problema cada día más hondo e inquietante como es el de la superpoblación, y su connotación como actitud racional, así sea vulgar y obscena, si se quiere, frente al oscurantismo, el irracionalismo y la superstición”. Esta situación desencadenó una huelga estudiantil en apoyo a los estudiantes expulsados y al decano, la cual se extendió desde la Facultad de Medicina a todo el resto de la Universidad.

Si bien es claro que este movimiento huelguístico tuvo su origen directamente en el conflicto interno de la Facultad en torno al problema de la planificación familiar y a la obra de teatro mencionada, la huelga no dejó de tener referentes con lo que venía ocurriendo en el movimiento estudiantil en el país y en el exterior. La toma del Hospital de San José protagonizada por los estudiantes y profesores en el marco de la huelga, como un signo de respaldo a Fergusson, quien se vinculó al proceso inmediatamente, no dejó de tener algunos visos de evocación a la Revolución de Mayo de París<sup>66</sup>, ocurrida un año atrás<sup>67</sup>.

---

<sup>66</sup> “A finales de septiembre de 1978, yo ya había regresado de Medellín después de terminar mi residencia en Pediatría y estaba trabajando en el Instituto Materno Infantil, anexo al Hospital de San Juan de Dios, y en un corredor de dicho hospital me encontré frente a frente con Fergusson. Hablamos un poco. Estaba muy fatigado y se le veía muy enfermo. Y me dijo: ‘me estoy muriendo de un problema cardíaco severo, pero ya que me encuentro contigo quisiera comentarte que en los últimos meses he hecho un balance de mi vida y te cuento que con relación a la huelga del 69 en el Rosario y a la toma del Hospital que realizamos y en la que todos ustedes me respaldaron como decano, yo me dejé vislumbrar por la situación y, al igual que ustedes, en un momento llegué a pensar que estábamos viviendo un proceso similar al de mayo del 68 en París’. Ferguson murió dos meses después, el 15 de noviembre de 1978, diez años después de la Revolución de Mayo” (*Nota del autor principal de esta obra*).

<sup>67</sup> Este proceso estaba ya siendo objeto de interés por parte de varios de los estudiantes de la Facultad. Para un análisis a profundidad de la situación del movimiento estudiantil internacional y nacional de la época en Colombia, véase el libro de Quevedo y Pérez (Quevedo V. & Pérez G., 2009: 252-265), así como el libro *Las luchas estudiantiles en el mundo* (Autores varios, 1969) y los de Álvaro Tirado Mejía (Tirado Mejía, 2014: 22-44 y 313-362) y Mark Kurlansky (Kurlansky, 2004).

Dicho movimiento, que duró varios días, terminó finalmente con el triunfo de la posición del rector y su propuesta de creación de un “Comité Estudiantil”, que no existía en la Universidad<sup>68</sup>. Con esta propuesta aplacó a los estudiantes de las facultades no médicas, las cuales regresaron a clases, dejando solos a los estudiantes de Medicina, que se vieron en la necesidad de levantar el movimiento<sup>69</sup>. Así, Guillermo Fergusson se retiró definitivamente de la Facultad, renunciando además a la Cátedra de Biología que regentaba y a la Sociedad de Cirugía de Bogotá (Becerra Lara, 1996 [1990]: 98).

El mencionado Comité Estudiantil, resultado final de este proceso de protesta, estaba conformado por 15 delegados, elegidos por los estudiantes de los diferentes semestres y su función sería la de tratar y decidir sobre los problemas que afectaban a su respectiva Facultad, así como elegir tres representantes que participarían en el “Comité Superior Estudiantil” que consideraría y decidiría los aspectos de interés general de la Universidad, dejando libertad a cada organismo sobre su funcionamiento y régimen interno.

Vale la pena anotar que desde 1967, Guillermo Fergusson había creado en la Facultad de Medicina un ente estudiantil que participaba en la resolución de los problemas de los alumnos, en compañía de las directivas de la Facultad, el cual se constituyó como el primer “Consejo Estudiantil” de dicha unidad académica. Este Consejo estuvo presidido por una Junta Directiva, cuyo primer presidente fue el estudiante de Medicina Santiago Currea, precisamente uno de los actores de la obra de teatro que sirvió como “florero de Llorente” para el desencadenamiento de los hechos descritos. Una vez creado de manera oficial el Comité Estudiantil de toda la Universidad, propuesto por Rocha al terminar la huelga, se confirmó como presidente al estudiante Currea, quien fue sucedido más

---

<sup>68</sup> Decreto Rectoral n.º 49 del 7 de octubre de 1969.

<sup>69</sup> Llama la atención el hecho de que el presidente Lleras Restrepo, patrono del Colegio, a pesar de ser un defensor tácito de la planificación familiar y el control natal, no haya intervenido en el asunto y haya permitido que el rector se haya “salido con la suya”. Tal vez su mala experiencia previa con el movimiento estudiantil o la conciencia de la insignificancia del problema, a pesar del revuelo que se armó en torno a él, le aconsejaron ponerse al margen y dejar que las cosas se resolvieran solas.

tarde por Raúl Ordóñez<sup>70</sup> (Cruz Correa, 1996: 287). Con este episodio, que pudiéramos llamar “una ilusión en jaque”, se cerró así una primera etapa de la nueva Facultad de Medicina del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario.

---

<sup>70</sup> Estos hechos no estuvieron aislados de la realidad política y estudiantil nacional. Para una comprensión más a fondo de estas relaciones entre el contexto nacional y los acontecimientos acaecidos en la Facultad de Medicina y en la Universidad durante esos años, remitimos al lector a la revisión del volumen dos de esta colección (Quevedo V. & Pérez G., 2009: 237-289).



## **SEGUNDA PARTE**

### **CONSOLIDACIÓN Y DESARROLLO**



## **Primer gran período: de la consolidación y desarrollo de la nueva Facultad hasta su segunda crisis (1969-1999)**

Después de estos antecedentes, se inicia aquí el relato que da cuenta de la historia de la Facultad desde 1969 hasta 2017, recogida en este tercer volumen. Esta sección se centra en el análisis del primer gran período de ese lapso que se inició después de la crisis de 1969. Dicho lapso se inauguró con la llegada a la decanatura de la Facultad, en abril de ese año, de su segundo decano y sucesor de Guillermo Fergusson Manrique, Arturo Aparicio Jaramillo. Durante este período, las directivas y el cuerpo profesoral continuaron la consolidación y puesta en marcha del plan de estudios diseñado en 1965 debido a que, al momento de la crisis de 1969, los estudiantes de la primera promoción apenas habían cursado en su totalidad los primeros seis semestres de dicho plan y estaba en curso el séptimo semestre. Como ese semestre y los cuatro siguientes<sup>1</sup> programados eran los correspondientes a los estudios clínicos de carácter práctico en los hospitales, su implementación implicaba la coordinación académica con las distintas instituciones hospitalarias en las que dichas prácticas se llevarían a cabo. Ese era el reto al que debía enfrentarse la nueva decanatura.

Como se dijo en la Introducción, para abordar el estudio de este primer gran período se tomó la decisión de dividirlo en tres subperíodos.

---

<sup>1</sup> Recuérdese que la propuesta de programa inicial había considerado una carrera para ser desarrollada en 11 semestres.

El primero de ellos, se inició el 24 abril de 1969, a partir de la renuncia definitiva e irrevocable del primer decano Guillermo Fergusson Manrique y la toma de posesión de Arturo Aparicio Jaramillo como nuevo decano de la Facultad de Medicina, y se cerró en 1988, cuando la Facultad comenzó a poner en marcha dos grandes procesos de cambio en su estructura curricular, por recomendación del ICFES, procesos que llevaron a la aprobación definitiva del Programa de Medicina por esta institución (Astaiza, 1996: 333-335; Alvarado, 2015).

El segundo subperíodo comenzó a partir de 1989, con la inauguración de los programas extramurales en Medicina Preventiva y Salud Comunitaria (Alvarado, 2015), y con la puesta en marcha de la nueva estructura curricular aprobada por el ICFES (Astaiza, 1996: 332). El subperíodo terminó con la firma de un nuevo Convenio entre el Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario y la Sociedad de Cirugía de Bogotá, firmado el 19 de diciembre de 1994.

El tercer subperíodo se inició con la firma del mencionado nuevo Convenio que sustituía los convenios previos de cooperación entre ellas (1965, 1982 y 1993) por uno nuevo que instauró un régimen de prestación de servicios docente-asistenciales por parte de la Sociedad al Colegio Mayor. Este tercer subperíodo y el primer gran período se cerraron en diciembre de 1999, con la terminación definitiva de las relaciones entre la Sociedad de Cirugía de Bogotá y la Universidad del Rosario y la separación de las dos Instituciones.

## **Primer subperíodo: de la primera crisis de la Facultad a su aprobación definitiva por el ICFES y la creación del departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública (1969-1988)**

### **Decanatura de Arturo Aparicio Jaramillo (1969-1979)**

#### **De la solución de la crisis a la graduación de la primera promoción (1969-1972)**

Para 1969, cuando se presentó la primera crisis de la Facultad de Medicina del Rosario<sup>2</sup>, el presidente Carlos Lleras Restrepo estaba ya en el último año de su mandato y, como patrono del Rosario que era, no intervino para nada en la crisis. Por lo tanto, la solución tuvo que surgir desde el interior de la Universidad. En efecto, en vista de la renuncia irrevocable del decano y “para afrontar la tempestad”, los miembros de la Junta Directiva de la Sociedad de Cirugía decidieron ponerse en contacto con el rector de ese entonces, Antonio Rocha Alvira, para llegar a un acuerdo. “Buscando un nuevo capitán”, el día 17 de abril, el Consejo Directivo de

---

<sup>2</sup> Esta crisis no será la única, pues fueron varias las que se presentaron en las relaciones entre la Sociedad de Cirugía de Bogotá y el Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario en las cuales la Facultad de Medicina se vio envuelta hasta la crisis final que culminó con la terminación de los convenios entre las dos instituciones (Guzmán Mora, 1997).

la Facultad<sup>3</sup> integró una terna de posibles candidatos para escoger al decano que sucedería a Fergusson, la cual fue presentada al rector. La terna estaba integrada por los médicos Juan Consuegra Zulaica, Arturo Aparicio Jaramillo y Guillermo Rueda Montaña. En el mismo Consejo, el abogado y representante del rector, Hernando Morales, presentó una moción de reconocimiento a Fergusson que fue aceptada por unanimidad. Dicha moción decía: “El Consejo Directivo de la Facultad de Medicina del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario lamenta el retiro de la decanatura del doctor Guillermo Fergusson Manrique y deja testimonio de la gran labor desarrollada por él al frente de la Facultad”. Teniendo en cuenta la terna propuesta por el Consejo Directivo de la Facultad, el rector escogió como nuevo decano a Arturo Aparicio Jaramillo, quien tomó posesión de su cargo ante el Consejo el 24 de abril 1969<sup>4</sup>.

Arturo Aparicio Jaramillo había nacido en Bogotá el 11 de octubre de 1910. Se había graduado como médico de la Universidad Nacional de Colombia, en 1937, con la tesis *Simpatectomía, tratamiento quirúrgico de algunos síndromes dolorosos en ginecología*. Se especializó luego en Ginecología en Chile, bajo la tutela de Juan Wood, y en Argentina, como discípulo de Juan Carlos Ahumada, gran clínico de la ginecología latinoamericana. En 1942, obtuvo, por concurso, el título de Profesor Agregado de Clínica Ginecológica en la Universidad Nacional de Colombia y, en 1948, el de Profesor Titular. En ese mismo año fue nombrado como decano de la Facultad de Medicina de dicha universidad, cargo que ocupó hasta 1949. Aparicio Jaramillo ingresó a la Sociedad de Cirugía de Bogotá en 1941 y, como tal, fue profesor de la Pontificia Universidad Javeriana en el Hospital de San José. Luego fue presidente de dicha Sociedad desde 1957 hasta 1961 (Ortega Ortega, 2018).

Según Antonio Becerra Lara, a Arturo Aparicio Jaramillo “le tocó llevar la nave a puerto seguro echando por la borda las renunciaciones aceptadas de la casi totalidad de profesores de ciencias básicas” (Becerra Lara, 1996 [1990]: 98-99). En efecto, en el acta n.º 10 del Consejo Directivo, fechada

---

<sup>3</sup> Acta del Consejo Directivo n.º 9 del 17 de abril de 1969.

<sup>4</sup> Decreto rectoral n.º 31 del 22 de abril de 1969.

el 24 de abril de 1969, se mencionaba que Gabriel Toro González, profesor de patología, y Carlos Salamanca Molano, profesor de bioestadística, habían presentado su renuncia. Sin embargo, el Consejo no tomó ninguna decisión al respecto, pues el decano consideró “impolítico” aceptar la renuncia de cualquier profesor en ese momento y solicitó que dichas decisiones se aplazaran para el semestre siguiente, con el fin de no alterar el adecuado curso de las clases<sup>5</sup>. Ya en el acta n.º 12, del 23 de mayo del mismo año, el decano Aparicio presentó oficialmente al Consejo las renunciaciones de los profesores Jorge Piñeros Corpas, de Farmacología; Eduardo Rey Forero, de Medicina Interna; y la de Gabriel Toro González, jefe del Departamento de Patología<sup>6</sup>. El Consejo aceptó dichas renunciaciones el 29 de mayo de ese año, las cuales se harían efectivas al finalizar ese período académico, como consta en el acta n.º 13<sup>7</sup>.

En esa misma sesión del Consejo, y a consecuencia de la crisis que se presentó por la renuncia de algunos profesores, se realizó una revisión del estado de las diferentes cátedras. En relación con el primer semestre, se discutió el problema que implicaba la renuncia del profesor Carlos Salamanca Molano, y se decidió aplazar la discusión de su renuncia, pues el Consejo lo consideraba como un muy buen profesor de Matemáticas y Bioestadística<sup>8</sup>.

Esta revisión hizo evidente, además, un conflicto entre las cátedras de Bioquímica y Fisiología en el tercer semestre de la carrera, que había traído como consecuencia quejas de los estudiantes sobre la mala organización de la Cátedra de Fisiología y su falta de coordinación con la de Bioquímica. Al respecto, el nuevo decano propuso la creación de un Comité de Programas y Métodos en Ciencias Básicas, con el fin de garantizar una adecuada coordinación entre estas asignaturas y las prácticas clínicas. Esta solicitud fue aprobada por el Consejo Directivo. En relación con el cuarto semestre, y debido a que el profesor Toro, jefe de Patología, y Gerzaín Rodríguez, profesor de Microbiología y Parasitología, quien también

---

<sup>5</sup> Acta n.º 10 del Consejo Directivo, 24 de abril de 1969: 2.

<sup>6</sup> Acta n.º 12 del Consejo Directivo, 23 de mayo de 1969: 2-3.

<sup>7</sup> Acta n.º 13 del Consejo Directivo, 29 de mayo de 1969: 3.

<sup>8</sup> Acta n.º 12 del Consejo Directivo, 23 de mayo de 1969: 2.

presentó su renuncia, aceptaron terminar el semestre hasta junio de ese año, el Consejo propuso como reemplazo del profesor Toro al patólogo Francisco Cavanzo, quien ya había aceptado el ofrecimiento y afirmado que iniciaría labores a partir de julio<sup>9</sup>.

En relación con los semestres clínicos, en esta reunión se dio una discusión sobre la cantidad de horas dedicadas a Medicina Psicosomática y a la excesiva profundidad de su enseñanza. No obstante, el presidente del Consejo, el ortopedista Eduardo Cubides Pardo, anota que en las demás facultades de medicina esta asignatura se está dictando a lo largo de toda la carrera. A pesar de las críticas de parte de Juan Consuegra Zulaica, el Consejo no tomó ninguna decisión al respecto. En lo que tenía que ver con el sexto semestre, se discutieron algunas quejas sobre las rotaciones en el Hospital Militar y sobre los tiempos de permanencia diaria de los estudiantes en dicho hospital. El profesor Consuegra comentó que estaba en conversaciones con el director de la rotación, el cardiólogo Guillermo Lara, para solucionar estos aspectos. El séptimo semestre, dedicado a la Pediatría, estaba funcionando bien, aunque su coordinador, Jaime Pérez Norzagaray, anunciaba su futura renuncia por razones económicas. El octavo, dedicado a la Cirugía, ya estaba diseñado y sería coordinado por el cirujano Mario Negret<sup>10</sup>.

Finalmente, en la sesión del 12 de junio de ese año, el Consejo aceptó las renuncias del profesor Carlos Salamanca Molano, así como las del patólogo Odilio Méndez y de Elvira Ortiz de Sáez. El decano informó que el profesor Méndez sería reemplazado por el patólogo Luis Amaya<sup>11</sup>. En esta misma sesión se discutió la urgencia de firmar los correspondientes convenios con el Hospital Militar, con el que se venía trabajando ya, sin legalizar la situación. Se anotó, por parte de las directivas del Hospital, que era urgente realizar dichas firmas, pues estaba en entredicho la aprobación de las residencias de educación posgraduada que se estaban desarrollando en los tres hospitales afiliados a la Facultad: San José, Infantil y Militar<sup>12</sup>.

---

<sup>9</sup> Acta n.º 12 del Consejo Directivo, 23 de mayo de 1969: 2-3.

<sup>10</sup> Acta n.º 12 del Consejo Directivo, 23 de mayo de 1969: 3-4.

<sup>11</sup> Acta n.º 14 del Consejo Directivo, 12 de junio de 1969: 4-5.

<sup>12</sup> Acta n.º 14 del Consejo Directivo, 12 de junio de 1969: 1.

Más allá de esta revisión del estado del currículo realizada por el Consejo Directivo, y de acuerdo con lo que se menciona en el acta n.º 20 del mismo Consejo, del día 25 de septiembre de 1969, el nuevo decano solicitó la autorización para estructurar el Departamento de Medicina Preventiva, integrando en él las cátedras que lo compondrían, siguiendo los deseos y orientaciones de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina. El decano sugirió que para esto se delegara, como director de tal Departamento, al salubrista Álvaro Martínez Cruz<sup>13</sup>. En el acta n.º 18 del 21 de agosto de 1969 ya se había mencionado el nombramiento del sociólogo Gonzalo Cataño, en reemplazo de Fabio Campo, como profesor para las cátedras de Sociología, Antropología y Metodología de la Investigación, que hacían parte de la enseñanza de la “Salud Pública”. Ya en noviembre de ese año, el decano afirmó que ahora sí era necesario crear el mencionado Departamento de Medicina Preventiva<sup>14</sup>.

El 30 de octubre de ese mismo año, el decano Aparicio informó ante el Consejo que la Facultad había sido aceptada como miembro de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (ASCOFAME), hecho que ocurrió en la Asamblea General de la Asociación, que tuvo lugar en la ciudad de Popayán<sup>15</sup> (Becerra Lara, 1996 [1990]: 99).

### ***La consolidación y puesta en marcha del resto del plan de estudios***

#### ***El plan de estudios inicial***

Como se ha dicho atrás, la propuesta curricular inicial de la Facultad de Medicina de la Universidad del Rosario retomó el esquema que venía siendo implementado a partir de las recomendaciones de ASCOFAME, pero con modificaciones que implicaban una fusión entre el esquema flexneriano, impulsado por esta institución, y el de la medicina francesa clásica. Este

---

<sup>13</sup> Acta n.º 20 del Consejo Directivo, 25 de septiembre de 1969: 4. No se ha podido esclarecer cuáles eran las recomendaciones de ASCOFAME al respecto. No se ha podido localizar, hasta ahora, ningún documento que se refiera a este tema.

<sup>14</sup> Acta n.º 23 del consejo Directivo, 13 de noviembre de 1969: 1-2.

<sup>15</sup> Acta n.º 22 del Consejo Directivo, 30 de octubre de 1969: 1.

primer plan de estudios, diseñado principalmente por Guillermo Fergusson, Juan Di Doménico y Guillermo Rueda Montaña, entre otros miembros de la Sociedad de Cirugía de Bogotá, tenía un carácter innovador, pues articulaba los elementos positivos de la enseñanza clásica de la medicina francesa, especialmente en lo relacionado con la formación práctica en el Hospital desde el ingreso del estudiante a la Facultad, con los aspectos renovadores aportados por la reforma de la enseñanza médica puesta en marcha por Abraham Flexner en los Estados Unidos, a partir de 1910<sup>16</sup>.

Dicho Plan de Estudios había recortado el tiempo de enseñanza de las ciencias básicas generales a un semestre y el de ciencias básicas médicas a tres semestres. Durante los tres años siguientes (seis semestres), el estudiante debería realizar su entrenamiento clínico. No obstante, el currículo inicial incluyó mecanismos para mantener inmerso al estudiante, de forma progresiva, en la vida hospitalaria, desde su ingreso a la Facultad, elemento de la formación que se recuperó del modelo francés (Quevedo V. & Pérez G., 2009: 139-145).

Dentro de este esquema curricular, las actividades que se venían llevando a cabo en la Facultad de Medicina y en el Hospital de San José hasta el momento de la crisis incluían la impartición de las asignaturas fundamentales del bloque de ciencias básicas, que las dictaban algunos de los médicos y empleados del Hospital<sup>17</sup>. Además de estas materias básicas, los estudiantes recibían clases de humanidades con el intelectual Jesús Arango y de Introducción a la Medicina y Procedimientos de Enfermería, en la cual, además de los componentes teóricos, contaba con un conjunto de actividades prácticas que se realizaban en las salas del Hospital bajo la

---

<sup>16</sup> El lector interesado en un análisis a profundidad de la estructura de esa propuesta curricular inicial puede consultar el segundo tomo de esta colección (Quevedo V. & Pérez G., 2009: 139-145).

<sup>17</sup> La asignatura de Biología estaba a cargo del decano Guillermo Fergusson y la Jefe de Trabajos era la microbióloga Gloria Inés Montes Millán; la de Matemáticas y Estadística la dictaba Carlos Salamanca Molano, director de Estadística del Hospital; la de Química era regentada por Nelly Garavito de Cediell y la Jefe de Trabajos era Celmira Garavito de Álvarez; la de Física la enseñaba Jorge Anzola Liévano; y la de Metodología Científica estaba a cargo de Luis S. Gómez.

orientación de algunos médicos y cirujanos vinculados a dicha institución (Quevedo V. & Pérez G., 2009: 164):

En el lapso [...] comprendido entre 1969 a 1973 la coordinación del programa [de Introducción a la Medicina] estuvo a cargo del doctor Hernando Galvis Ordóñez, contando con la participación de ilustres médicos como los doctores Juan Di Domenico, [Manuel Fernández], Camilo Uribe, Alberto Prada y Jorge Ruiz, quienes disertaban sobre temas como: generalidades médico quirúrgicas, primeros auxilios y urgencias básicas y las exposiciones sobre procedimientos básicos a cargo de la enfermera jefe Carmen Ramírez quien ocupaba el cargo de jefe de enfermería del Hospital [de] San José y Directora de la Escuela de Enfermería de la Cruz Roja. (Araque & Pérez de Meza: 122)

A partir del segundo semestre de la carrera se dictaban las ciencias básicas médicas: en ese segundo semestre se enseñaban la Anatomía y la Histología; y, en el tercero, se comenzaron a impartir la Fisiología y la Bioquímica<sup>18</sup>. En octubre de 1967, previendo las necesidades docentes para el cuarto semestre, se hizo necesario suscribir un convenio con la Universidad de los Andes, con el fin de garantizar la enseñanza de la microbiología. Según consta en acta del Consejo Directivo, dicho convenio fue aprobado por la Consiliatura<sup>19</sup>. Después de un año y medio de funcionamiento del convenio, en 1969, se realizó una evaluación de los costos de ese contrato y de su posible aumento cuando se recibieran nuevos alumnos<sup>20</sup>. Debido a las altas cifras que implicaría la ampliación futura del convenio, se tomó la decisión de cancelarlo y de dividir la

---

<sup>18</sup> La Cátedra de Anatomía estaba a cargo del anatomista Darío Cadena Camacho, con el apoyo del jefe de trabajos del anfiteatro, el médico Gustavo Carmona, y de varios instructores; la de Histología, a cargo de los propios patólogos del Hospital y excompañeros de trabajo de Fergusson en el Departamento de Patología: Pablo García Infante, Max Llorente y José A. Dorado, con la colaboración de los residentes de Patología, Darío Cadena Rey y Susan Smith. Las cátedras de Fisiología y Bioquímica estaban a cargo del nefrólogo Carlos López Viñas y del químico Américo Perea, respectivamente (Quevedo V. & Pérez G., 2009: 178).

<sup>19</sup> Acta n.º 29 del Consejo Directivo del 31 de octubre de 1967: 1.

<sup>20</sup> Acta n.º 11 del Consejo Directivo del 30 de abril de 1968: 1.

cátedra en dos asignaturas (Microbiología y Parasitología), creando unas unidades dotadas de laboratorios en el Hospital de San José, donde se pudiera llevar a cabo la misma actividad docente que se venía ejecutando con la Universidad de los Andes<sup>21</sup>. En ese mismo año de 1967, además de las cátedras de Microbiología y Parasitología, comenzó a funcionar la de Patología, como parte fundamental de las asignaturas del cuarto semestre de la carrera de Medicina<sup>22</sup>. Las prácticas se realizaban en la morgue del Hospital de San José.

Al iniciar el año de 1968, la primera cohorte comenzó el curso de Medicina I, que estuvo centrado en el estudio de la propedéutica, la semiología y los principios de la medicina interna. Por sugerencia de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, en este quinto semestre hubo necesidad de incluir la Cátedra de Farmacología, no programada inicialmente<sup>23</sup>. En febrero de ese año la Junta Directiva del Hospital Infantil Lorencita Villegas de Santos tomó la decisión de continuar un contrato que se había firmado un tiempo atrás con la Universidad del Rosario, con miras a que la Facultad pudiera desarrollar en bloque la Cátedra de Pediatría en dicho hospital, la cual debería comenzar a partir del primer semestre de 1969<sup>24</sup>. Para coordinar la implementación de dicha cátedra, la Facultad nombró *ad honorem* a Jaime Pérez Norzagaray, escogido entre una lista de candidatos enviada por el neurocirujano Juan Antonio Gómez, director de dicho hospital<sup>25</sup>.

En enero de 1968 se nombró como profesor de Epidemiología al gastroenterólogo Alberto Albornoz Plata y, a finales de ese mismo año, se comenzó a integrar esta cátedra a la enseñanza de la Salud Pública<sup>26</sup>. No

---

<sup>21</sup> Acta n.º 2 del Consejo Directivo del 30 de enero de 1969: 3.

<sup>22</sup> Esta cátedra se llevó a cabo bajo la dirección del patólogo Gabriel Toro González, formado en Checoslovaquia, con el apoyo del grupo de patólogos del Hospital de San José.

<sup>23</sup> Acta del Consejo Directivo n.º 2, 30 de enero de 1968: 2.

<sup>24</sup> Acta del Consejo Directivo n.º 5, 20 de febrero de 1968: 1.

<sup>25</sup> Acta del Consejo Directivo n.º 5, 20 de febrero de 1968: 2.

<sup>26</sup> Cuando se analiza la trayectoria de la enseñanza de la Salud Pública en el currículo de la Facultad, salta a la vista que las directivas de esta unidad académica no tenían para ese momento muy claras las distinciones entre los términos *Salud Pública* y *Medicina*

existía como tal un departamento de Salud Pública, pero algunas materias relacionadas con esta temática se fueron incluyendo a través del currículo. Como consta en el acta n.º 28 del Consejo Directivo de la Facultad, se autorizó la inclusión en el currículo del curso de Demografía y, por medio de la Resolución n.º 22, se nombró como profesor de la Cátedra de Epidemiología a Álvaro Martínez Cruz.

Durante la última semana de febrero, el decano Fergusson presentó al Consejo Directivo la propuesta de estructuración de los semestres sexto y séptimo. El sexto semestre estaría dedicado a la Cátedra de Medicina Interna II, a ser desarrollada teniendo como base el Hospital de San José y con rotaciones complementarias en el Instituto Nacional de Cancerología y el Hospital Santa Clara. Igualmente, durante ese semestre se dictarían las cátedras de Historia de la Medicina, Farmacología II y Sociología. El séptimo semestre, a desarrollarse íntegramente en el Hospital Infantil Lorencita Villegas de Santos, estaría compuesto por las cátedras de Clínica Pediátrica, Nutrición y Psicopatología<sup>27</sup>.

No obstante, en acta del 23 de abril de ese mismo año, a partir de la nueva propuesta del decano, el Consejo Directivo modificó la estructura curricular para esos semestres, después de evaluar el inadecuado desempeño de la enseñanza de la Semiología Pediátrica integrada con la de Semiología General<sup>28</sup>. Por lo tanto, el Consejo expidió la Resolución n.º ocho de ese año<sup>29</sup>, por medio de la cual se definió el currículo a partir del quinto semestre, de la siguiente manera:

- Quinto Semestre: Medicina I, Farmacología y Demografía.
- Sexto Semestre: Medicina II (con rotación por Consulta Externa, Instituto Nacional de Cancerología, Hospital Santa Clara y, tal

---

*Preventiva*, tal como se habían comenzado a dar ya en el ámbito internacional después de las propuestas de Leavell y Clark desde su modelo de la “historia natural de la enfermedad”. Por estas razones, estos dos términos se utilizan de manera intercambiable y no diferenciada para referirse a las disciplinas que conformaban ya para ese momento la medicina preventiva.

<sup>27</sup> Acta del Consejo Directivo n.º 5, 27 de febrero de 1968: 1.

<sup>28</sup> Acta del Consejo Directivo n.º 10, 23 de abril de 1968: 1.

<sup>29</sup> Resolución del Consejo Directivo n.º 8, del 23 de abril de 1968: 1.

vez, por el Asilo de Indigentes, si llegara a aumentar el número de estudiantes), Ética y Sociología.

- Séptimo Semestre: Pediatría, Medicina Psicosomática, Nutrición e Historia de la Medicina.

[En el acta, el decano] anotaba que el curso de Pediatría deberá dictarse exclusivamente en el Hospital Infantil, ya que el número de camas en ese Centro obviamente dará mayores oportunidades para una mejor labor docente y de que el servicio del Hospital San José es eminentemente quirúrgico, habiendo manifestado algunos estudiantes que en su reciente rotación sólo vieron amigdalectomías y hernias y ninguna enfermedad infectocontagiosa<sup>30</sup>.

Esta modificación del currículo comenzó a funcionar a partir del 13 de enero del año siguiente (1969), cuando llegaron al Hospital Infantil Lorencita Villegas de Santos los estudiantes del Rosario, para asistir a la Cátedra de Pediatría. Pero en el mes de marzo, al estallar el conflicto mencionado atrás, relacionado con las consecuencias que implicó la obra de teatro *Humanae vitae* y la salida del decano Fergusson, la construcción y puesta en marcha del currículo de los semestres octavo, noveno y décimo quedó en las manos de la nueva administración de la Facultad.

### *Reconstrucción de los últimos semestres del plan de estudios*

Desde 1965, al momento de su apertura, ASCOFAME le había otorgado a la Facultad una autorización provisional para que pusiera en marcha los primeros cuatro semestres de un programa que constaría de once, más un año de internado. Teniendo como base esta propuesta inicial y la experiencia adquirida hasta ese momento, a partir de la posesión de Arturo Aparicio Jaramillo, el 24 de abril de 1969, las directivas que sucedieron a la administración Fergusson se vieron en la necesidad de construir y hacer realidad aquellos elementos del currículo que habían quedado pendientes de su ejecución, así como de la afinación de aquellos que ya estaban en

---

<sup>30</sup> Acta del Consejo Directivo n.º 10, 23 de abril de 1968: 1.

marcha<sup>31</sup>. Las decisiones sobre la forma como se iba elaborando y adaptando el plan de estudios a medida que los semestres iban avanzando se tomaban en el Consejo Directivo, que era el órgano de gobierno que la Universidad del Rosario y la Sociedad de Cirugía de Bogotá habían acordado desde un principio para el manejo de esta unidad académica. Esto significó que, como nuevo timonel de la Facultad, le correspondió al decano Aparicio, con la cooperación de todo el equipo del Consejo Directivo, llevar a feliz término esta implementación, que culminó con la graduación de la primera promoción el 18 de enero de 1972.

Como parte de esa tarea, al comienzo del año 1970, el decano Aparicio presentó a consideración del Consejo Directivo el informe que sería enviado a ASCOFAME y que había sido solicitado por el ICFES, para la aprobación del currículo académico de los semestres V, VI, VII y VIII. En esta reunión se planteó incluir en el informe la propuesta de reducir este currículo a diez semestres y se encargó al profesor Rueda Montaña para que presentara al Consejo las razones que podían justificar este cambio. No obstante, Hernando Morales, representante del Colegio Mayor, propuso, de manera muy oportuna, que para este informe concreto no se mencionara dicho asunto, con el fin de evitar que se entrase el proceso y que más bien se dejara su mención para más adelante, manteniendo la programación en once semestres. El Consejo Directivo finalmente se manifestó de acuerdo con la estrategia propuesta por el abogado Morales<sup>32</sup>.

Esta propuesta de disminuir el currículo fue retomada por el Consejo y aprobada a mediados de 1970, cuando se redujo la carrera a diez semestres, más un año de internado, el cual, por estar determinado por el gobierno como obligatorio, se haría durante el sexto año y no en el séptimo, como se hacía en las otras facultades de medicina del país. La modificación del currículo se hizo en el decimoprimer semestre que estaba programado originalmente para realizar el curso de Salud Pública. Este se eliminó y se decidió distribuir sus contenidos a través de todo el currículo, siguiendo

---

<sup>31</sup> En estos primeros años de la Facultad no se contaba con un Comité Curricular que, como será explicado más adelante, empezaría a sesionar en 1988.

<sup>32</sup> Acta n.º 3 del Consejo Directivo, 26 de febrero de 1970: 2.

la recomendación del profesor de dicha cátedra, Álvaro Martínez Cruz<sup>33</sup>. Como resultado de esta decisión, y tomando en cuenta las recomendaciones previas de ASCOFAME, para enero de 1971, como consta en el acta n.º 1, varios profesores de la Facultad presentaron su renuncia: Eugenio González, profesor Asociado de Cátedra de Medicina Preventiva (salud ambiental y control de alimentos); Jaime Camargo, Profesor Asociado de Medicina Preventiva (salud ocupacional); y Carlos González, Profesor Asociado de Medicina Preventiva (salud mental)<sup>34</sup>. Según Ricardo Araque y Ruth Pérez de Meza, en ese mismo año, se vinculó el médico Laurentino Muñoz para dictar la Cátedra de Sociología Médica (Araque & Pérez de Meza: 122).

En esta reorganización del currículo y su reducción a diez semestres, con la distribución de algunas cátedras a través de toda la carrera, la Facultad de Medicina del Rosario fue pionera y modelo para las decisiones que al respecto irían tomando progresivamente las otras facultades de medicina del país. Esto se hizo evidente, por primera vez, en el caso de la Facultad de Medicina de la Universidad de Cartagena que, en el Seminario de Educación Médica realizado en Bogotá durante los días 3 y 4 de julio, anunció que disminuiría su plan de estudios de 12 a 11 semestres, más el año de internado<sup>35</sup>.

A pesar de esta nueva estructura curricular implementada por los creadores de la Facultad, la fuerza hegemónica del modelo flexneriano era ya muy marcada en el país y sus orientaciones se fueron filtrando progresivamente en la Facultad durante el proceso de implementación del nuevo currículo. Desde una mirada retrospectiva, realizada en 1995, por José Heber Astaiza Galindo, quien se desempeñó durante muchos años como jefe de la Oficina Curricular de la Facultad de Medicina de la Universidad del Rosario,

En términos generales la organización curricular de la Facultad de Medicina fue la misma desde 1965 hasta 1987 [...] En efecto, en dichos años y aún hoy [1995], persiste el modelo curricular rígido de Flexner

---

<sup>33</sup> Acta n.º 7 del Consejo Directivo de 11 de junio de 1970.

<sup>34</sup> Acta n.º 1 del Consejo Directivo del 14 de enero de 1971: 2.

<sup>35</sup> Acta n.º 8 del Consejo Directivo del 9 de julio de 1970.

que divide en tajante dicotomía los estudios médicos en una fase de ciencias básicas y otra de ciencias clínicas, con un claro predominio de lo teórico en la parte inicial y de lo práctico en la segunda fase. (Astaiza, 1996: 332)

De acuerdo con lo relatado por Astaiza Galindo, los médicos de las primeras promociones tenían “un fuerte perfil biomédico, de alcance cientifista, fortalecido por una recia formación ética dentro del marco de la formación rosarista” (Astaiza, 1996: 332).

### *Creación de la Vicedecanatura y expresiones del movimiento estudiantil*

A este punto del desarrollo de la Facultad, es importante anotar que, si bien desde sus primeros años se mantuvo el orden administrativo puesto en marcha inicialmente, el crecimiento académico, locativo y de personal fue exigiendo modificaciones que respondieran a las necesidades que estos cambios implicaban. El primero de ellos fue propuesto por Arturo Aparicio al sugerir el cargo de vicedecano dado que, por sus actividades académicas (congresos y reuniones científicas), el decano debía ausentarse frecuentemente. El Consejo Directivo consideró pertinente esta solicitud y le encargó seleccionar el candidato y establecer las condiciones de este cargo. Adicionalmente, el Consejo consideró que, en vista de que el decano venía donando su sueldo para el mantenimiento del Bienestar Estudiantil, dicho cargo, en principio, debería ser *ad honorem*<sup>36</sup>. Posteriormente, mediante Resolución n.º 5 de 1970<sup>37</sup>, enviada a la Consiliatura para su aprobación, se nombró como vicedecano al cirujano-ortopedista Eduardo Cubides Pardo, a la sazón presidente de la Sociedad de Cirugía de Bogotá. Al vicedecano, se le asignó como función el manejo de la Oficina de Bienestar Estudiantil, además de reemplazar al decano durante sus ausencias<sup>38</sup> (Becerra Lara, 1996 [1990]: 98-99).

Pero este proceso de reconstrucción no dejó de tener sus altibajos. Durante este primer período académico de 1970 se presentaron algunas

---

<sup>36</sup> Acta n.º 2 del Consejo Directivo, 12 de febrero de 1970: 2.

<sup>37</sup> Resolución n.º 5 del Consejo Directivo de febrero de 1970.

<sup>38</sup> Acta n.º 3 del Consejo Directivo, 26 de febrero de 1970: 2.

manifestaciones de inconformidad por parte de grupos de estudiantes en relación con la gestión que venía llevando a cabo el decano Aparicio, argumentando que él no se estaba acogiendo a su compromiso de continuar con los derroteros marcados por el anterior decano.

En ese momento, tal como los estudiantes lo refirieron en carta dirigida a la decanatura y que fue presentada por el decano en la reunión del Consejo Directivo del día 23 de abril de ese año, estas expresiones de protesta se referían especialmente al discurso que el decano Aparicio había leído durante el acto de bienvenida a la novena cohorte, que inició sus estudios médicos en el primer período académico de 1970. En esta reunión del Consejo, el decano expresó su desacuerdo con el contenido de esta carta y exaltó los desarrollos que la Facultad había logrado hasta ese momento. Igualmente, comentó que se había reunido con los estudiantes expresándoles, en los mismos términos y con firmeza, que el compromiso con la decanatura anterior había sido de carácter académico, mas no político<sup>39</sup>.

Como parte de las estrategias puestas en marcha por los estudiantes para garantizar la continuidad del movimiento estudiantil en la Facultad, fue notoria la aparición de una nueva táctica de estos para relacionarse con los estamentos directivos. La decanatura de Fergusson se había caracterizado por ser una “decanatura de puertas abiertas” y, por lo tanto, la posibilidad de los estudiantes de conversar o discutir asuntos de carácter académico con él tenía dos vías: la del Consejo Estudiantil de la Facultad, creado por iniciativa del propio decano, y la de presentarse directamente en su oficina, cuya puerta estaba normalmente abierta. Con la salida de Fergusson y la creación de la vicedecanatura, las quejas y comentarios generalmente se hacían a través de esta nueva instancia, encargada del Bienestar Estudiantil y, para los casos de mayor envergadura, los estudiantes comenzaron a utilizar el mecanismo de la correspondencia dirigida directamente a la decanatura o al Consejo Directivo, exponiendo sus opiniones y requerimientos<sup>40</sup>.

---

<sup>39</sup> Acta del Consejo Directivo n.º 5, 23 de abril de 1970.

<sup>40</sup> Acta del Consejo Directivo n.º 5, 23 de abril de 1970.

Para ese momento, los dirigentes estudiantiles de la Facultad se habían impuesto la tarea de vigilar que la Institución no se desviara de las orientaciones originales que le había establecido su primer decano, pues consideraban que el tipo de facultad que él concibió para formar un médico para el país era una manera de contrarrestar, desde el ámbito de la medicina, la situación de atraso y de pobreza de la población colombiana. Dichas orientaciones hacían evidente a los estudiantes que el conocimiento científico no estaba desligado de una posición política con respecto a la realidad social del país.

Las reacciones que en ese momento brotaban en la Facultad hacían parte de un movimiento estudiantil que había comenzado a consolidarse en la Institución después de la huelga de 1969. Algunos de los líderes surgidos en ese proceso habían entrado en contacto durante el movimiento con dirigentes estudiantiles de otras universidades y, como consecuencia, comenzaron a participar en algunas de las actividades del Movimiento Nacional Estudiantil (asambleas, reuniones esporádicas con algunos de los líderes y discusiones informales) y organizaron grupos de estudio sobre las temáticas que dicho movimiento venía discutiendo desde la década de 1960<sup>41</sup> (Cruz Correa, 1996: 287-288).

Estas temáticas estaban relacionadas con las críticas a las directrices educativas que para América Latina venía poniendo en marcha el Programa de la Alianza para el Progreso, basadas en el ya mencionado Informe Atcon de 1961, las cuales fueron posteriormente incorporadas en los acuerdos entre la Agencia Internacional para el Desarrollo (AID) y los diversos gobiernos latinoamericanos en el área de la educación. En el caso colombiano, el Proyecto de Educación Superior, basado en el Plan Atcon, fue resultado de dos acuerdos: uno firmado entre la Asociación Colombiana de Universidades (ASCÚN), el Fondo Universitario Nacional y la AID, y el otro, entre esta última y la Universidad de Berkeley, de California, cuyo

---

<sup>41</sup> Aunque el Movimiento Nacional Estudiantil estaba muy desarticulado por esa época y no se habían vuelto a presentar grandes huelgas como antes debido a los golpes que este había recibido de parte del presidente Lleras Restrepo desde 1966, persistían varios de los grupos políticos que animaban el movimiento desde su interior en torno a diferentes tendencias políticas e ideológicas y los debates sobre estos temas alimentaban la vida intelectual estudiantil del momento.

resultado fue presentado en agosto de 1967 bajo el nombre de *Plan Básico para la Educación Superior* (El Tigre de Papel-Editores, 1971: 24).

Los estudiantes tenían claro que este plan de reforma educativa colombiano era consistente con las propuestas de Atcon de “privatización”, “cientifización” y “despolitización” de la educación universitaria, en el marco del programa desarrollista. Y esta posición era, en ese momento, inaceptable para los dirigentes nacionales estudiantiles que venían criticando, por una parte, la privatización de la universidad pública y, por otra, como lo planteaban los miembros de la Federación de Estudiantes de la Universidad del Valle, el problema de que la enseñanza universitaria debería centrarse no solo en la educación científica y profesionalizante, sino también en una formación integral, humanista y política, articulada a la comprensión y a la transformación de la realidad social del país (Federación de Estudiantes Universidad del Valle [FEUV], 1973: 29-31).

Para el momento, esta orientación del Movimiento Nacional Estudiantil atraía a los dirigentes estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad del Rosario, que se habían comenzado a educar en los derroteros trazados por Fergusson desde un comienzo, los cuales pretendían formar “un médico para el país” que tuviera la capacidad de ligar el conocimiento científico de la salud y de la enfermedad y su práctica profesional con la comprensión y la transformación de la sociedad, en busca del bienestar de la población colombiana.

Además de estas expresiones, en la Facultad habían comenzado a surgir otras actividades que dejaban ver algunas orientaciones ideológicas desconocidas en la Institución. En efecto, en la misma reunión del Consejo del 23 de abril de 1970, en la cual el decano había presentado la carta de los estudiantes, el profesor Juan Consuegra Zulaica, tratando de resaltar el contenido político de esas expresiones estudiantiles, manifestó su preocupación por el hecho de que, en esos días, los estudiantes del Comité de Bienestar Estudiantil habían rodado una película “que tenía un claro contenido de propaganda comunista”<sup>42</sup>. En tono conciliador, el rector

---

<sup>42</sup> De hecho, durante el período transcurrido entre la huelga estudiantil de abril de 1969 y comienzos de 1970, se crearon en la Facultad varios grupos de estudio centrados en el análisis político de la realidad de las universidades y del país, que se reunían en

Rocha comentó que en todas las universidades se estaban presentando expresiones de carácter político<sup>43</sup>, tal vez como insinuación de que no había que darle mucha importancia al asunto<sup>44</sup>.

Un segundo requerimiento importante fue planteado por los estudiantes, en carta del 22 de octubre, en la cual se referían y criticaban la rigidez del Reglamento de la Facultad, que obligaba a quienes perdían materias en el primer semestre a retirarse definitivamente de esta. Al respecto, proponían una reforma que permitiera la habilitación de las materias de este semestre. Sus argumentos eran:

[...] “que no es humano ni racional el criterio de selección del futuro médico en base solamente a la Química y la Biología, materias que por Reglamento no son habilitables y cuya pérdida conlleva asimismo el del cupo en la Facultad”. Que esta posibilidad desarrolla “agresividad entre los mismos compañeros debida a que en cada uno de ellos se ve a un competidor al que es necesario eliminar, lo que va en detrimento del compañerismo”, que la pérdida de esas materias puede deberse al paso del alumno del Colegio de Bachillerato a la Universidad,

---

espacios distintos a los académicos y por fuera del control de las directivas. Algunos de estos grupos mantuvieron contacto más o menos permanente con el Movimiento Nacional Estudiantil que, para esa época, ya estaba mucho más consolidado, y habían logrado algún grado de participación en el Comité de Bienestar Estudiantil de la Facultad. Es de anotar que, entre 1964 y 1969, el Movimiento Nacional Estudiantil se había venido radicalizando y politizando y en él participaban ya, de manera conflictiva, no solo representantes de los partidos políticos tradicionales, sino también grupos izquierdistas como la Juventud Comunista (JUCO), el Movimiento Obrero Estudiantil Campesino (MOEC) y algunos militantes de las Juventudes del Movimiento Revolucionario Liberal (JMRL), así como miembros del Frente Unido que dirigía el padre Camilo Torres Restrepo. Vale la pena resaltar que un grupo surgió en 1965, como una escisión del MOEC, denominado Movimiento Obrero Independiente y Revolucionario (MOIR), comenzó a tener una importante influencia en el movimiento estudiantil durante los años 1969 a 1973. No era, pues, extraño que los estudiantes que pertenecían al Comité de Bienestar Estudiantil de la Facultad presentaran, sin ningún reato de conciencia, una película con temáticas relativas al movimiento obrero.

<sup>43</sup> Acta del Consejo Directivo n.º 5, 23 de abril de 1970: 1-2.

<sup>44</sup> Como bien lo planteaba el rector, fenómenos similares estaban ocurriendo en otras universidades del país, y sus directivas intentaban no darles ninguna importancia, tratando de no magnificar las consecuencias del movimiento estudiantil. Acta del Consejo Directivo n.º 5, 23 de abril de 1970: 2.

“obligar tácitamente al alumno a estudiar en función de una nota”, y a la posibilidad de perder el Semestre, situaciones que ocasionan una serie de desequilibrios que hacen disminuir el rendimiento académico y producen “stress continuo”. Solicitan que sea repetible el Primer Semestre en un periodo inmediato al de la pérdida y que el cupo del alumno sea respetado; con respuesta a la mayor brevedad posible ya que su “situación es intolerable”<sup>45</sup>.

Además de estas expresiones de carácter académico, las actas del Consejo Directivo dejaban ver otras manifestaciones estudiantiles de un carácter más rebelde. Por ejemplo, en el acta n.º 5 del 23 de abril de 1970, al regresar de un congreso en Costa Rica, el decano Aparicio informaba “que en su ausencia fue puesta en la cartelera estudiantil una circular desobligante para los Consiliarios del Rosario, firmada por el alumno Germán Fernández, así como unas caricaturas irrespetuosas”. Por otra parte, y en otro tono, el decano comentaba que, además del Consejo Estudiantil, se había creado en la Facultad otro grupo de estudiantes llamado “Grupo Cultural de Acción” y que los miembros de este Grupo les habían propuesto a los integrantes del Consejo Estudiantil que trabajaran en conjunto en beneficio de la Facultad<sup>46</sup>.

A partir de este momento, el movimiento estudiantil de la Facultad pareció “pacificarse”<sup>47</sup>. Sin embargo, los grupos de estudio y de discusión, que habían sido conformados por algunos de los líderes estudiantiles de la Facultad, continuaron funcionando silenciosamente, reuniéndose por fuera de la Institución (Cruz Correa, 1996: 287-288), y sus expresiones públicas solo volverían a aparecer a partir de la agudización del Movimiento Nacional Estudiantil en los primeros meses de 1971, como se verá más adelante.

---

<sup>45</sup> Acta del Consejo Directivo n.º 14, 29 de octubre de 1970: 1.

<sup>46</sup> Acta del Consejo Directivo n.º 5, 23 de abril de 1970.

<sup>47</sup> La agitación estudiantil nacional había disminuido su intensidad después del golpe que el presidente Lleras Restrepo le había dado a la FUN y al Consejo Superior Estudiantil de la Universidad Nacional, como consecuencia de la protesta estudiantil contra Nelson Rockefeller y el presidente en dicha Universidad en 1966.

### *Nueva crisis nacional: el final del gobierno de Carlos Lleras Restrepo*

Para comienzos de 1970, el gobierno del presidente Lleras Restrepo estaba llegando a su etapa final y el país se encontraba en plena etapa electoral para elegir al último presidente del Frente Nacional. Los conservadores se habían fraccionado en dos grupos<sup>48</sup>. Los liberales también se habían partido en dos, aunque la división venía ya marcada desde el comienzo del Frente Nacional, con el surgimiento del MRL<sup>49</sup>. Pero, como en el fondo no había diferencias significativas entre los líderes liberales oficialistas y los de la línea blanda del MRL, su jefe, Alfonso López Michelsen, ya había pactado, desde 1967, su reingreso al liberalismo<sup>50</sup> y al gobierno<sup>51</sup>. Los miembros de la línea dura y revolucionaria del MRL migraron hacia la ANAPO o hacia el Partido Comunista. Esto llevó a la rápida desaparición de la oposición “emerrelista” al gobierno (Melo, 2017: 240).

Durante su gobierno, Lleras Restrepo había tratado de revitalizar con más vigor la reforma agraria “intentada sin ganas por Lleras Camargo”

---

<sup>48</sup> Por un lado, el laureanismo (también llamado grupo de los Independientes), compuesto por grandes propietarios rurales y líderes políticos, enemigos de la reforma agraria, de los liberales y del comunismo; y, por otro, el ospinismo, formado por conservadores de extracción más urbana y muy fuerte entre empresarios y campesinos cafeteros. El discurso radical laureanista era poco atractivo en un entorno de alianza con los liberales y los electores del partido se inclinaban más por las propuestas ospinistas (Melo, 2017: 238-239).

<sup>49</sup> Por un lado, predominaba el “oficialismo”, liderado por el presidente Lleras Restrepo, pero al cual pertenecían figuras como, Alberto Lleras Camargo, antiguo asesor y sucesor en el gobierno del expresidente Alfonso López Pumarejo, y primer presidente del Frente Nacional; y, por otro lado, estaban los partidarios del Movimiento Revolucionario Liberal cuyo líder, Alfonso López Michelsen, se enfrentó hostilmente con Lleras Camargo pues, para este último, el hijo del expresidente López “[...] estaba apelando al sectarismo liberal y a una invitación vacía a la revolución, que llevaría de nuevo a la violencia, a nombre de la justicia social; para López Michelsen, el pacto de los liberales con los conservadores los condenaba a consolidar una oligarquía incapaz de cualquier reforma” (Melo, 2017: 239).

<sup>50</sup> La abstención había aumentado en forma acelerada, pues la gente se había aburrido de tener que votar por un candidato que era siempre escogido por las cabezas políticas sin contar con los electores. Por esto, muchos políticos de todos los bandos tuvieron que comenzar a apoyarse en la entrega de favores políticos o materiales a sus clientelas para lograr los votos necesarios que les permitieran llegar y mantenerse en el Congreso. López Michelsen tenía eso claro y prefirió regresar al oficialismo.

<sup>51</sup> Fue nombrado entonces gobernador del recién creado departamento del Cesar y luego ministro de Relaciones Exteriores.

(Caballero, 2018: 374), “convencido de que el desarrollo moderno debería basarse en reemplazar los grandes propietarios ausentistas e ineficientes [...] por propietarios medios y pequeños, capaces de una gestión moderna, atentos a la tecnología y abiertos a las señales del mercado” (Melo, 2017: 240-241). Para mover el interés de los campesinos en la reforma, el gobierno creó la Asociación Nacional de Usuarios Campesinos (ANUC). Pero, al final, esta Asociación se le salió de las manos, convirtiéndose en un grupo de presión que promovió las expropiaciones de tierras por su propia cuenta (Melo, 2017: 241). Estas situaciones condujeron a su Reforma Agraria a un parcial fracaso, debido a la franca y severa oposición de los terratenientes latifundistas: “[...] un gobierno bipartidista como era necesariamente el suyo no tenía la independencia política necesaria para imponer nada más radical” (Caballero, 2018: 374).

Por otra parte, el presidente había sido partidario de seguir el camino propuesto por la CEPAL, “que promovía iniciativas de desarrollo no dependiente mediante industrialización local, sustitución de importaciones y promoción de exportaciones” (Caballero, 2018: 274; Rodríguez, 1993 [1990]: 59-97), discrepando públicamente de las recomendaciones de los Estados Unidos y de los organismos internacionales, que incluían ya los “planes de ajuste” y devaluación impulsados por el Fondo Monetario Internacional (FMI)<sup>52</sup> (Caballero, 2018: 274-275).

En lo que respecta a la salud, se continuaron las políticas desarrollistas, de orientación funcionalista, coordinadas por la OPS y el Ministerio de salud. Se destacaron actividades como el saneamiento ambiental, tendiente a “crear la infraestructura necesaria para mejorar la capacidad

---

<sup>52</sup> Este enfrentamiento con las políticas del Fondo Monetario Internacional fue relativamente aparente, pues aunque en un discurso televisado el presidente expresó explícitamente su desacuerdo con ellas y su rebelión contra el FMI, en la práctica, con el Decreto-Ley 444 de 1967, o Estatuto Cambiario, que buscaba enfrentar el desequilibrio en la balanza de pagos y evitar la devaluación brusca con todos sus traumatismos sociales, puso en marcha un proceso de “mini devaluación” o “devaluación gota a gota”, con una tasa flexible de cambio que, en última instancia, terminó favoreciendo “una de las más fuertes rachas de acumulación de capital vividas por la economía nacional” y desencadenando una “baja pronunciada de los salarios reales”, la más severa de las que se presentaron durante la década de los setenta (Kalmanovitz, 1985: 440-445; Torres del Río, 2010: 296).

productiva de la población, y la atención materno infantil, que sería el área más promisoría para demostrar los aportes de la atención médica para el desarrollo socioeconómico” (Hernández Álvarez et al., 2002: 187). El problema de la explosión demográfica y su relación con la salud y la mortalidad materno-infantil se hacía cada vez más evidente. En enero de 1969, el gobierno nacional y la OPS definieron unos términos de referencia para la cooperación internacional con el Programa de Atención Materno Infantil (PAMI) para el período comprendido entre enero de 1969 y julio de 1971, con un buen éxito (Hernández Álvarez et al., 2002: 187-188).

Estas condiciones (la crisis de su reforma agraria, sumada a la forma autoritaria con la que el presidente había manejado las expresiones del movimiento estudiantil y su respaldo tácito al control natal y la planificación familiar) llevaron a que, durante el gobierno de Lleras Restrepo, brotaran varias manifestaciones de protesta de alguna envergadura en los sectores campesinos, estudiantiles y eclesiásticos<sup>53</sup> (Torres del Río, 2010: 289-295). Por otro lado, la caída de los precios del café, que redujo los ingresos externos en un momento en que la creciente industria necesitaba de ellos, terminó en “una devaluación continua del peso, que indujo una fuerte alza de precios internos”, con su consecuente crisis económica (Melo, 2017: 241).

Esta tensa situación, aunada a la consecuente inflación y aumento del costo de la vida, le sirvió de parapeto a Rojas Pinilla para regresar a la política, estimulando, por un lado, la creación del mito de que su dictatorial mandato había sido un gobierno popular y antioligárquico; y planteando,

---

<sup>53</sup> No se olvide que en el mundo estos eran tiempos de movilización social y juvenil: la Revolución de Mayo de 1968 en París y las luchas estudiantiles europeas, las protestas contra la guerra de Vietnam, las manifestaciones del antiimperialismo, el revolucionario Ernesto “Che” Guevara muerto en la selva boliviana y proclamado por las juventudes de izquierda como “Guerrillero Heroico”, y la “contracultura” de los *hippies* de California, con su *flower power* y su adicción a las drogas, hicieron parte de estas expresiones de protesta de la época (Caballero, 2018: 275). Para un análisis más profundo de estos procesos de movilización, véase el libro *Las luchas estudiantiles en el mundo* (Editorial Galerna, 1969), el libro de Álvaro Tirado Mejía, *Los años sesenta* (Tirado Mejía, 2014) y el de Mark Kurlansky, 1968. *El año que conmocionó al mundo* (Kurlansky, 2004). En Colombia, además de las protestas campesinas, obreras y estudiantiles, también surgieron en esa época otros movimientos de protesta organizados como el Frente Unido de Camilo Torres Restrepo y el movimiento de los llamados “curas de Golconda”.

por otro lado, que durante los 12 años del Frente Nacional no se había producido ninguna reforma importante (Melo, 2017: 242). Estas eran las últimas elecciones presidenciales del Frente Nacional y, por lo tanto, a partir de 1970 todos los partidos podrían competir por la Presidencia<sup>54</sup>.

Durante las elecciones surgió un conflicto social, pues el nuevo candidato de la ANAPO, el propio Rojas Pinilla, y sus seguidores protagonizaron una serie de desórdenes debido a que consideraron que el gobierno les había robado el triunfo en las elecciones. Sin embargo, el presidente Lleras Restrepo manejó la situación con mano firme y, como consecuencia, el nuevo Congreso logró inaugurar sus sesiones el 20 de julio de 1970 y el presidente electo, Misael Pastrana Borrero, se pudo posesionar el 7 de agosto de ese mismo año<sup>55</sup> (Pécaut, 1989: 124-129).

### *La crisis del país y las dificultades económicas en la Facultad*

De esta crisis nacional general solo el componente económico afectaría a la Facultad. En efecto, durante el segundo semestre de 1970, después de terminada la decanatura de Fergusson y, de manera paralela al proceso de reconstitución de la estructura curricular, comenzó a vivirse en la Facultad una situación presupuestal deficitaria progresiva<sup>56</sup> que obligó al Consejo Directivo a autorizar un aumento constante en el costo de las matrículas de los nuevos estudiantes, única fuente de financiación de esta unidad académica. Este, tal vez, era el único coletazo de la situación de crisis económica general y el aumento del costo de la vida que venía sufriendo

---

<sup>54</sup> La Reforma Constitucional de 1968 había ya establecido el desmonte progresivo del Frente Nacional y había definido que las elecciones parlamentarias y presidenciales deberían realizarse el mismo día. Así mismo, y como parte del mismo proceso, las elecciones de asambleas departamentales y concejos municipales ya no tenían que regirse por la regla de la paridad. Esto implicaba que los distintos partidos políticos podían presentar candidatos bajo sus propios nombres (Pécaut, 1989: 107-109).

<sup>55</sup> Según Daniel Pécaut, la obra de gobierno de Lleras Restrepo había sido esencialmente “un intento de dar al Estado los instrumentos necesarios para dirigir la modernización de la sociedad. Sin embargo, debió plegarse a numerosos compromisos y dejar sin resolver los grandes problemas”. A pesar de la teórica unión entre los liberales y conservadores que formaba el Frente Nacional, a Lleras Restrepo le tocó gobernar un país políticamente dividido (Pécaut, 1989: 107).

<sup>56</sup> Acta del Consejo Directivo n.º 13, 15 de octubre de 1970: 1.

el país al final del gobierno de Lleras Restrepo y a comienzos del de Misael Pastrana Borrero. Ante este déficit, tanto la Universidad como la Sociedad de Cirugía de Bogotá tuvieron que hacer esfuerzos para garantizar la supervivencia de la Facultad. La Universidad se hizo cargo de algunas de las cuentas pendientes por pagar de la misma<sup>57</sup>. Por su parte, la Sociedad de Cirugía invirtió en reparación y compra de equipos médicos que “no [eran] necesariamente indispensables para el Hospital sino para el buen funcionamiento de la Facultad”<sup>58</sup>. Es posible pensar que esta situación pudo estar agravada de alguna forma por el hecho de que la Facultad no contaba con personal administrativo especializado para el diseño y elaboración de los presupuestos, puesto que dicha función estaba asignada a la decanatura y a su equipo, el cual estaba integrado por el decano, el vicedecano y el secretario académico, cuya educación de base era fundamentalmente médica. Este fenómeno de crisis presupuestal se continuó presentando por muchos años más, tal como se mostrará más adelante.

### *La Facultad y la crisis política del país y del Frente Nacional*

A pesar de esta situación de crisis política y económica en todo el país y en la misma Facultad de Medicina de la Universidad del Rosario, desde el punto de vista académico la Facultad continuaba su rumbo sin inmutarse. Es difícil saber de qué manera la situación de crisis nacional estaba afectando la vida privada de cada uno de los actores que participaban en el campo social cerrado que constituía la Facultad en sí misma, pero, más allá de lo económico, los demás componentes de la crisis parecían no afectar en nada a dicha Unidad Académica. Por ser una Institución de carácter privado, vivía relativamente enclaustrada en el Hospital de San José. Esto se debía a que esta Facultad pertenecía, por un lado, a una Universidad que se regía por el derecho privado marcado por sus propias Constituciones de 1653, aunque no tenía un dueño o unos dueños específicos y, por otro lado, a una sociedad científico-médica, también privada.

---

<sup>57</sup> Acta del Consejo Directivo n.º 13, 15 de octubre de 1970: 1.

<sup>58</sup> Acta del Consejo Directivo n.º 13, 15 de octubre de 1970: 2.

Los puntos de contacto directo de los estudiantes y profesores con la violencia y la realidad social del país eran, por una parte, los y las pacientes del Hospital, tanto ambulatorios como hospitalizados, que en su mayoría pertenecían a las clases menos favorecidas, y los que llegaban al Servicio de Urgencias, especialmente los viernes en la noche y el fin de semana, pues procedían de los bares y prostíbulos de la calle 10 y de la Plaza España, casi siempre heridos a botellazos o apuñaleados y fuertemente golpeados y, una que otra vez, con uno o varios tiros entre pecho y espalda o en el abdomen; por otra parte, dicho contacto estaba enriquecido con el conocimiento de la vida y los conflictos sociales en las áreas rurales en las cuales los estudiantes realizaban sus prácticas extramurales.

Estos y estas estudiantes, la mayoría pertenecientes a las clases media y alta burguesas<sup>59</sup>, que podían pagar una matrícula relativamente alta para la época, no tenían afugias económicas significativas en su entorno familiar<sup>60</sup> y difícilmente alcanzaban a imaginar lo que podría significar la crisis económica del país para una buena mayoría de los colombianos. Y, si alguno de ellos estaba emparentado o relacionado con algún político nacional o local, muy seguramente su comprensión de la crisis política del país no iba más allá de lo que escuchaban en las conversaciones familiares, en la mesa del comedor de su casa. Entre otras cosas, porque no tenían tiempo para profundizar en estos temas, pues el estudio de la medicina en esa Facultad era realmente intenso y sus directivas, desde un comienzo, habían adoptado la propuesta en boga de que a los estudiantes había que mantenerlos ocupados estudiando para que no tuvieran tiempo de pensar en política y en otras veleidades. Pero también, porque estos jóvenes estudiantes, egresados en su mayoría de colegios privados, apenas estaban comenzando a asomarse a la azarosa realidad nacional con la que

---

<sup>59</sup> Un buen porcentaje de estos estudiantes, especialmente los de las primeras cohortes, eran hijos de médicos o pertenecían a familias emparentadas con médicos, pues muchos galenos, tanto de la capital como de las provincias, interesados en el nuevo enfoque de la enseñanza médica que el Rosario inauguraba, estimularon a sus hijos para que estudiaran allí.

<sup>60</sup> Con la excepción de aquellos estudiantes que estaban becados por una u otra fuente.

casi ninguno había tenido nunca contacto y que la vivían como un paisaje lejano y borroso.

Por eso, a diferencia de lo que hacía rato venía ocurriendo en las universidades públicas, en el seno de la Facultad no se daban las grandes discusiones y debates sobre la realidad nacional ni sobre los problemas de los distintos regímenes de gobierno del Frente Nacional. Tampoco se invitaba, como en las universidades públicas, a personajes de la vida nacional a dictar conferencias sobre temáticas distintas a la medicina, que estimulaban la discusión estudiantil y profesoral, ni se daban los debates entre los distintos grupos políticos afincados en la universidad, como el MOIR, los Camilistas, los ML o los Trostkistas, entre otras cosas porque en la Facultad estos grupos no existían como tales. Y, ya entre los estudiantes de las nuevas cohortes, ni siquiera se discutían las relaciones entre medicina y subdesarrollo, como se hacía antes entre algunos sectores del estudiantado y del profesorado, como parte de las actividades de los grupos culturales, en la época de la decanatura de Fergusson.

Solo una pequeña minoría de estudiantes que giraban en torno a esos pequeños y escasos grupos “subrepticios”, coordinados y orientados por los líderes estudiantiles, casi todos ellos pertenecientes a las primeras cohortes que habían ingresado durante la época de Fergusson o inmediatamente después, discutían entre sí y tomaban posiciones críticas en torno a la realidad nacional del momento, a pesar de la variopinta composición y objetivos de esos grupos y de que no todos ellos eran estables ni tenían los mismos intereses. Algunos eran más de carácter social y cultural, pero unos pocos habían madurado un poco más y tenían una orientación más centrada en la formación intelectual y política de sus miembros. No obstante, en estos últimos, las discusiones y las lecturas que se llevaban a cabo tenían un carácter más teórico que de práctica política<sup>61</sup>, aunque

---

<sup>61</sup> En estos últimos grupos se discutían problemas como el de los métodos que deberían usarse para llevar a cabo análisis serios y críticos de la realidad histórica y social del país y del continente, a partir de la sociología y la economía política. Los planteamientos que se hacían derivaban en buena parte de la lectura de libros que estaban de moda en el movimiento nacional e internacional estudiantil, y que comenzaban a conseguirse en algunas librerías de la ciudad, como la de la editorial América Latina o la librería La Ilustración, ubicadas en la zona de Chapinero. La mayoría de ellos habían sido escritos

algunos de ellos realizaban, por su propia cuenta y sin informar oficialmente a la Facultad, brigadas de salud y de politización en los barrios populares, como las que alguno de esos grupos llevó a cabo por varios años, casi todos los domingos, en el barrio Las Colinas, ubicado en la zona suroriental de la ciudad.

Pero la Facultad, sus directivas y profesores, con contadas excepciones y, por lo tanto, el grueso de los estudiantes, estaban comenzando a abandonar la idea de formar y formarse como médicos generales con capacidad de intervenir en el cambio social y, cada vez más, se iba perfilando una vocación institucional e individual tendiente a la educación de especialistas médico-quirúrgicos, destinados a trabajar en los consultorios, clínicas y

---

al fragor de la Revolución de Mayo del 68, como *La revolución teórica de Marx, Para leer El Capital e Ideología y aparatos ideológicos de Estado*, del filósofo francés Louis Althusser (Althusser, 1969 [1967]; Althusser, 1970a; Althusser, 1970 [1965]) y *Los conceptos elementales del materialismo histórico*, de su alumna, la chilena Marta Harnecker (Harnecker, 1970 [1969]) del cual en un año y seis meses el Fondo de Cultura Económica de México ya había publicado cuatro ediciones en español. Lo que no alcanzaban a entender los estudiantes del momento era que esas obras de Althusser presentaban una propuesta muy distinta para entender a Marx de la que planteaban las interpretaciones ortodoxas de este. La de Althusser era una lectura bachelardiana de *El Capital* de Marx, apoyada en el concepto de “ruptura epistemológica” de Gaston Bachelard, pero era que las obras de ese último autor no habían comenzado a circular en español en Colombia (Bachelard, 1973 [1940]; Bachelard, 1981 [1934]; Bachelard, 1981 [1938]). También estaban al día en la discusión los problemas relacionados con la realidad latinoamericana y la crítica a la imposición de los modelos económicos desarrollistas por parte de las instituciones internacionales como la AID y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID). Los problemas en debate eran la “teoría de la dependencia”, que era candente por su relación con las políticas de la CEPAL, a partir del análisis de textos como *Lucha de clases y dependencia en América Latina* de Theotonio dos Santos (Dos Santos, 1970), *Dependencia y desarrollo en América Latina* de Fernando Henrique Cardoso y Enzo Faletto (Cardoso & Faletto, 1969 [1969]) y *Lumpenburguesía: Lumpendesarrollo* de André Gunder Frank (Gunder Frank, 1970). Así mismo, se hacían presentes las discusiones sobre los problemas del “imperialismo” y del “neocolonialismo”, derivados de la lectura de textos como *Neocolonialismo: última etapa del imperialismo* de K. Nkrumah (Nkrumah, 1966 [1965]); o también las críticas a las teorías del desarrollismo desde el análisis de las realidades particulares de América Latina, como las recogidas en el volumen de varios autores *Feudalismo, capitalismo, subdesarrollo* (Vitale et al., 1971), o los análisis críticos del modelo desarrollista brasileño, realizados por el economista Celso Furtado (Furtado, 1964; Furtado, 1969 [1964]), para mencionar los más significativos. No todos los miembros de los grupos estudiantiles leían todos estos libros, pero ellos circulaban entre los grupos y las lecturas de unos eran complementadas por las de los otros. En las bibliotecas personales de muchos de ellos aún reposan ejemplares de dichos libros, comprados o canjeados en esos años.

hospitales privados, para las clases medias y altas que podían pagar sus servicios en forma privada, tanto en la capital como en las provincias<sup>62</sup>. Eso se hizo evidente, como se verá más adelante, en la gran proliferación de programas de postgrado médico-quirúrgicos que, a partir de esos años, se fueron poniendo en marcha rápidamente en la Facultad. Esta situación hizo necesaria la posterior creación de una Oficina de Educación Médica para poder coordinar dichos programas. Contrasta ese hecho con la casi nulidad de programas de especialización en el campo de la medicina familiar o en el de la salud pública y la medicina preventiva o en las ciencias sociales de la salud.

Podría decirse, pues, que el cuerpo de profesores y estudiantes de la Facultad de Medicina del Rosario no tenían, como gremio, contacto con “el país político” del momento. Sus preocupaciones internas estaban enfocadas hacia otro tipo de problemas, especialmente, el de la aprobación definitiva de su plan de estudios por parte del gobierno nacional.

### *Nuevas dificultades económicas de la Facultad en el marco de una nueva crisis universitaria*

Mientras los estudiantes de la primera cohorte comenzaban sus prácticas de internado, a inicios de 1971, volvieron a presentarse dificultades económicas en la Facultad de Medicina. El abordaje de la solución de la imperiosa necesidad de renovar equipos, entre ellos microscopios, proyectores e implementos para la Cátedra de Física Médica, sumado a los gastos de funcionamiento de la Facultad, implicaba un presupuesto deficitario de \$193.200, que ni el Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario ni la Sociedad de Cirugía de Bogotá podían asumir. Con la política de la devaluación progresiva del peso que había impuesto el gobierno de Lleras Restrepo, los precios de los equipos médicos y de laboratorio habían ido subiendo marcada y progresivamente. Por esta razón, en la reunión del Consejo Directivo del 18 de febrero de 1971, el rector Antonio Rocha

---

<sup>62</sup> Difícilmente un o una estudiante promedio de la Facultad de Medicina del Rosario de esas épocas, con sus escasas excepciones, se imaginaba a sí mismo como un trabajador asalariado del Seguro Social o de una Caja de Previsión, ya fuera esta nacional, departamental o municipal, o como un médico salubrista o comunitario trabajando con el Estado.

Alvira propuso solicitar un crédito bancario mancomunado a nombre de las dos instituciones<sup>63</sup>.

Por su parte, el cirujano Mario Negret López, presidente del Consejo Directivo, consideró que la Facultad no podía continuar dependiendo del costo de las matrículas, ya que ninguno de los dos socios estaba en capacidad de cubrir el déficit que esto implicaba. Propuso entonces la posibilidad de crear una Unidad Jurídica que funcionase como un fondo, al cual ambos socios aportarían, pero que sirviese para captar otros auxilios académicos, que permitieran la viabilidad financiera de la Facultad<sup>64</sup>.

Ante estos comentarios, el rector dijo que estaba de acuerdo y que pensaba que valdría la pena modificar las condiciones de la relación entre los dos socios. Advirtió que no estaba hablando de que el Rosario cambiara de socio, ni de que la Sociedad de Cirugía se buscara otro. Insistió en que se trataba de buscar una fórmula beneficiosa para ambos y retomó la propuesta de la posibilidad de crear una Unidad Jurídica. Pero, a diferencia de la entidad propuesta por el presidente del Consejo, el rector la entendía como una Unidad Jurídica Federada, es decir, una institución que tuviera una relación no orgánica con el Rosario, para separar totalmente del Colegio al personal estudiantil de Medicina<sup>65</sup>.

Esta última afirmación del rector llama la atención, pues daba un viraje en las relaciones que se venían dando entre la Universidad y la Sociedad de Cirugía y su Facultad.

Dicha afirmación la apoyó el rector en el hecho de que:

[...] hace unos días los estudiantes de esta Facultad [de Medicina] se presentaron al Claustro pronunciando discursos con lenguaje revolucionario típicamente marxista, hablando de un movimiento no solamente pro-estudiante sino pro-obrero y utilizaron términos despectivos para el Colegio. Que si los estudiantes de la Facultad de Medicina respetaran la opinión de los estudiantes de la calle 14 no habría ningún problema; que tanto los estudiantes como los Consejos Estudiantiles de la calle

---

<sup>63</sup> Acta del Consejo Directivo n.º 2, del 18 de febrero de 1971: 3.

<sup>64</sup> Acta del Consejo Directivo n.º 3, del 18 de marzo de 1971: 2-3.

<sup>65</sup> Acta del Consejo Directivo n.º 3, del 18 de marzo de 1971: 3.

14 ven cómo el aumento de sus matrículas sirve para enjugar el déficit de Medicina y que de sus alumnos sólo reciben ataques. Cree que de seguir estos planteamientos podría [llegarse] a otros extremos. Que ni el Rector ni la Consiliatura pueden tener dentro de la Universidad una Entidad por prestante que sea, como lo es esta Facultad, que ofenda a su Casa Mater, y que esto llevará a buscar un régimen que modifique la forma Jurídica y de colaboración<sup>66</sup>.

A partir de estas aseveraciones del rector, podría asumirse que él, que ya había tenido que afrontar la huelga de los estudiantes de Medicina de 1969, al percibir que en esa Facultad se estaban presentando expresiones estudiantiles de protesta —que ahora estaban revestidas de un carácter más político, relacionados con cierta cercanía al movimiento obrero—, se alarmó ante la situación y lanzó la propuesta de federar aún más la Facultad de Medicina, para separar sus estudiantes del resto de los de la Universidad y prevenir así cualquier tipo de contaminación ideológica o perturbación del orden en el Claustro. No obstante, esta idea parece no haber sido recogida por la Sociedad de Cirugía de Bogotá. Lo que no parecían percibir el rector y la Sociedad de Cirugía era que, ya desde febrero de ese año, se estaba gestando una nueva crisis universitaria en el país y el resurgimiento del Movimiento Nacional Estudiantil y que los estudiantes de la Facultad de Medicina le habían comenzado a “tomar el pulso” a la situación.

### *La aprobación definitiva de la Facultad*

Con ocasión de la realización del informe exigido por la última visita de ASCOFAME a la Facultad, y en vista de que esa Institución estaba solicitando la elaboración de un Reglamento para esta Unidad Académica, como requisito para la aprobación de los nuevos semestres del currículo, el decano planteó al Consejo Directivo que, con el fin de redactar el nuevo Reglamento, se recolectarían e integrarían todas las Resoluciones emitidas por este órgano reformando el Reglamento inicial. En efecto, en el

---

<sup>66</sup> Acta del Consejo Directivo n.º 3, del 18 de marzo de 1971: 3.

Consejo del día 16 de julio de 1970, veinte días antes de la posesión del nuevo presidente de la República, Misael Pastrana Borrero, el consejero Hernando Morales presentó la propuesta del nuevo Reglamento que había sido elaborada por el secretario académico, Arcio Peñaloza, la cual fue aprobada<sup>67</sup>.

Llegado agosto de 1970, ya recién posesionado el nuevo presidente Pastrana, la Facultad recibió la visita de la comisión de ASCOFAME que, en nombre del ICFES, revisó el estado de desarrollo de los programas de pre y de posgrado, con el fin de dar la aprobación definitiva de estos. Dicha comisión estuvo integrada por los profesores Antonio José Illera, procedente de la Facultad de Medicina de la Universidad del Cauca; Luis Fernando Duque, de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia; Álvaro H. Alegría, de la Universidad del Valle; y Raúl Paredes Manrique, de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina<sup>68</sup>. Una vez terminada la visita, los comisionarios manifestaron que enviarían su informe a las instancias correspondientes.

El 18 de marzo de 1971, el decano informó al Consejo Directivo de su asistencia a la VII Asamblea de ASCOFAME, realizada en la ciudad de Manizales, entre los días 4 y 6 de ese mes, y que allí fue nombrado como miembro de la Junta Directiva de esta Asociación, en representación de las instituciones afiliadas. Comentó, así mismo, que en la última reunión de la Junta Directiva de ASCOFAME “se presentó el informe de la Comisión visitadora enviada en agosto del año pasado, por delegación del ICFES para la aprobación del Currículum Académico [de la Facultad]”<sup>69</sup> pero que, hasta ese momento, la decanatura no había recibido el informe final al respecto. Sin embargo, en la reunión del Consejo Directivo del día 12 de agosto de 1971, el secretario académico, Arcio Peñalosa Rosas, informó que la Facultad había sido finalmente aprobada por el Ministerio de Educación Nacional, por Resolución n.º 2357 de junio 7 de 1971<sup>70</sup>.

---

<sup>67</sup> Acta del Consejo Directivo n.º 9, 16 de julio de 1970: 1.

<sup>68</sup> Acta del Consejo Directivo n.º 11, 3 de septiembre de 1970.

<sup>69</sup> Acta del Consejo Directivo n.º 3, del 18 de marzo de 1971: 3.

<sup>70</sup> Acta del Consejo Directivo n.º 8, del 12 de agosto de 1971: 2.

### *Diseño e inicio del Internado Rotatorio en la Facultad de Medicina*

El internado, como período de práctica en la formación médica, tuvo sus orígenes en la Francia napoleónica y su consolidación en los Estados Unidos durante la puesta en marcha de las reformas educativas médicas propuestas por Abraham Flexner, en las primeras décadas del siglo XX (Palacios Sánchez, Núñez Gómez & Quevedo V., 2018). En Colombia, el modelo de internado francés se puso en práctica desde los inicios de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional, en la segunda mitad del siglo XIX, pero se reestructuró a partir de 1934, teniendo en cuenta las recomendaciones de la Misión Médica Francesa que visitó al país en 1931 (Quevedo V. et al., 2013). Pero, a partir de 1948, comenzó un proceso de norteamericanización de la educación médica en Colombia y de la práctica del Internado, con la visita de la Misión Médica Unitaria estadounidense. Este proceso de norteamericanización se consolidó en 1953, durante el gobierno del general Gustavo Rojas Pinilla (1953-1957), con la intervención en el país de la segunda misión médica norteamericana, llamada “Misión Lapham” debido al nombre de su director, el médico Maxwell Lapham, decano de medicina de la Universidad de Tulane. Esta Misión tuvo como base de operaciones la Universidad Nacional, pero visitó y estudió las otras seis escuelas de medicina del país y sus hospitales de enseñanza (Lapham, Goss & Berson, 1954: 479).

En su informe final, esta segunda Misión volvió a proponer la “flexnerización” de las facultades de medicina de Colombia, tal como lo había hecho en 1948 la Misión Unitaria, además de su integración a través de una asociación privada de facultades de medicina, compuesta por sus decanos. Recomendó una reestructuración del currículo médico en seis años, de los cuales los primeros tres estaban dedicados al estudio de las ciencias básicas médicas, y los otros tres a las ciencias clínicas y su práctica en el hospital. Así mismo, propuso la reorganización del internado y el diseño de un plan para la institucionalización de la enseñanza de las especialidades médicas, por medio de la creación de un programa para la formación de médicos residentes en los hospitales donde se hacía la enseñanza médica (Lapham, Goss & Berson, 1954: 520-521 y 542-545).

En lo referente al internado, la Misión decía que debería tener una duración de un año y debería hacerse en un hospital bien organizado y

reconocido como tal por una entidad acreditadora. En este internado no participarían todos los estudiantes que terminaban el sexto año, puesto que los internos deberían ser nombrados en el hospital asociado a la Escuela de Medicina. Según la Misión, los internos debían ser “seleccionados cuidadosamente por los profesores de la facultad médica. Tanto su interés, como su posibilidad de ser futuros maestros, debe tomarse en consideración, junto con sus otros méritos y calificaciones”.

La Misión recomendaba que:

[...] el interno debe vivir en el hospital, y debe ser responsable en todo tiempo de todos los pacientes correspondientes a un número determinado de camas a su servicio, excepto cuando, al terminar su trabajo diario puede delegar responsabilidad en un compañero interno por unas pocas horas, mientras descansa [...]. Debe ser responsable de anotar el historial y el examen físico en cada uno de sus casos [...]. Escribir notas de progreso dependiendo de la condición del paciente [...]. [Supervisar] el trabajo de los estudiantes de cuarto y quinto año [...] ordenar los exámenes en los pacientes como sean necesarios, y [...] llevar a efecto por sí mismo aquellas pruebas [de laboratorio] que él pueda hacer, y ayudar a los profesores en las más difíciles. (Lapham, Goss & Berson, 1954: 520)

Su trabajo debía ser aprobado y criticado por el personal del servicio y debía estar continuamente al tanto de la evolución de sus pacientes apoyado en una información obtenida en la literatura médica.

Como consecuencia de dicho proceso de flexnerización de la educación médica en Colombia, la Ley 14 de 1962 estableció que el internado rotatorio debería convertirse en un requisito obligatorio para obtener el título de médico, lo cual marcó una notable diferencia con lo que venía ocurriendo con esta práctica hasta el momento. En efecto, en su artículo 4.º, esta Ley señala que “[...] los estudiantes de medicina y cirugía que terminen sus estudios requieren como requisito de grado, que la respectiva facultad o escuela tenga incorporado en su plan de estudios a lo menos

un año de internado obligatorio. En caso contrario, deberán prestar este servicio en los hospitales o clínicas que señale el Ministerio de Salud”<sup>71</sup>.

A partir de lo estipulado por esta Ley y su Decreto reglamentario 605 de 1963, en noviembre de 1964, ASCOFAME publicó su libro sobre el internado rotatorio en el cual se recogían varios documentos relacionados con este tema, entre los cuales se contaba el *Programa Nacional de Internado*. Además de la definición de una serie de requisitos para las facultades de Medicina y los hospitales en los cuales funcionaría el programa, se establecía que, según las disposiciones de ASCOFAME, dicho internado debería ser de tipo rotatorio por las cuatro ramas clínicas fundamentales (Medicina Interna, Cirugía, Pediatría, y Obstetricia y Ginecología). Cada una de estas rotaciones tendría una duración mínima de dos meses y los cuatro meses restantes podrían ser utilizados para permanecer períodos más largos en algunos de los anteriores o rotar por otras especialidades. También se definía que los internos contarían con la asesoría y supervisión de personal médico competente, el cual debería asumir las decisiones responsables respecto a los pacientes (Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, 1964a: 27-38).

Desde este momento, todas las Facultades de Medicina del país se vieron obligadas a implementar los mecanismos y a establecer las relaciones necesarias con los hospitales, para poner en marcha sus programas de internado. Quedaba así instaurado en el país, y convertido en obligatorio, el modelo flexneriano de internado que había sido propuesto por la Misión Lapham, pero con algunas modificaciones.

En lo que respecta a la Facultad de Medicina de la Universidad del Rosario, y teniendo en cuenta que se aproximaba el tiempo en el cual los primeros egresados tendrían que comenzar el internado rotatorio programado dentro de los parámetros exigidos por la Ley 14 de 1962, el 22 de enero de 1970, el presidente del Consejo, Guillermo Rueda Montaña, propuso estudiar la posibilidad de aumentar el valor de las matrículas para poder dar alguna remuneración a los próximos internos y aumentar

---

<sup>71</sup> Ley 14 de 1962. Congreso de la República. Disponible en: [https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-103807\\_archivo\\_pdf.pdf](https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-103807_archivo_pdf.pdf)

el salario de los profesores<sup>72</sup>. No obstante, este asunto quedó pendiente para ser resuelto posteriormente.

A finales de ese mismo año, y teniendo en cuenta que los estudiantes tenían que iniciar el internado rotatorio en el primer semestre de 1971, tal como estaba contemplado en el plan de estudios, se planteó en el seno del Consejo Directivo la necesidad de su reglamentación y la elaboración de una propuesta para que se estableciese, en palabras del decano, “una matrícula especial para éstos, con el fin de que en esta forma sigan siendo alumnos, matrícula que lógicamente debe ser modesta”<sup>73</sup>. En consecuencia, el Consejo definió que, “[...] de acuerdo al programa elaborado, el internado constará de rotaciones de 3 meses de duración cada una por los Departamentos de Pediatría, Medicina, Cirugía General y Ginecología y Obstetricia en los Hospitales San José, Militar e Infantil”<sup>74</sup>.

En consecuencia, los alumnos de la primera promoción culminaron décimo semestre al final de 1970, tal como estaba programado, y el primero de febrero de 1971, iniciaron su programa de internado, a pesar de que aún no se había definido una reglamentación clara para su realización. Para dar cuenta de esta necesidad, el Consejo Directivo, con algún retraso, en su segunda sesión de ese año celebrada el día 18 de febrero, y por medio de la Resolución n.º 2, aprobó dicha reglamentación<sup>75</sup>. En esta misma sesión del Consejo se comentó que aquellos alumnos que realizaran su internado en el Hospital de San José, recibirían una remuneración de \$800 para cada uno, a título de beca otorgada por esta institución, la cual ofreció 12 cupos<sup>76</sup>.

A partir de ese momento quedó estipulado que, cuando los estudiantes de la Facultad culminaban su décimo semestre, y después de un breve período de vacaciones, debían diligenciar un formato para realizar el año de internado. Su expediente académico de los diez primeros semestres se conservaba en la Secretaría Académica de la Facultad y, unos años más

---

<sup>72</sup> Acta n.º 1 del Consejo Directivo, 22 de enero de 1970: 2.

<sup>73</sup> Acta del Consejo Directivo n.º 15, 17 de diciembre de 1970: 2.

<sup>74</sup> Acta del Consejo Directivo n.º 15, 17 de diciembre de 1970: 2.

<sup>75</sup> Resolución del Consejo Directo n.º 2, del 18 de febrero de 1971.

<sup>76</sup> Acta del Consejo Directivo n.º 2, del 18 de febrero de 1971: 2.

tarde, se abriría también otro expediente en la Oficina de Educación Médica, para dicho año, el cual se cursaba de manera continua y sin vacaciones. No recibían clase y su aprendizaje era más de tipo práctico, realizando actividades bajo la supervisión de los médicos de los servicios por los que iban rotando. El horario era amplio, con 10 a 12 horas de permanencia diaria en el hospital, con turnos de 24 horas, con compensatorio de acuerdo con criterio del servicio y con una frecuencia variable según la rotación. El intervalo entre un turno y otro variaba del cuarto o quinto día, hasta algunas rotaciones que tenían turnos alternados día de por medio (Palacios Sánchez, 2015).

Las actividades programadas para los internos estaban en consonancia con lo ordenado por ASCOFAME en el documento *Internado Rotatorio*, publicado en 1964, en el cual se señalaba en relación con este tema que “[...] se debe dar al interno responsabilidad en el tratamiento del paciente, y realizar ‘revistas’ o visitas diarias del personal de internos en los diferentes servicios, bajo la supervisión de los residentes y de los miembros del personal docente o científico, el cual en su totalidad debe asumir funciones docentes” (Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, 1964a: 32). En relación con el horario, este mismo documento de ASCOFAME estipulaba que “por su condición de becario, para efectos laborales, el interno no está sujeto a jornada legal máxima ni a las especificaciones del Código Sustantivo del Trabajo”<sup>77</sup> (Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, 1964a: 34). A su vez, una vez formalizado el convenio con el Hospital Militar Central, los alumnos de la Universidad del Rosario podían escoger dónde realizar el internado: en el Hospital San José o en el Militar. Cuando los alumnos de la segunda cohorte iniciaron

---

<sup>77</sup> En ese momento, los alumnos entraban a formar parte del cuerpo médico de la institución y portaban un carné expedido por el hospital que los identificaba como “Médico Interno”. Además, tenían un sello que les confería la posibilidad de realizar órdenes médicas, prescripción de medicamentos, solicitud de ayudas diagnósticas, incapacidades y otras actividades que hoy corresponden a las que realiza un médico hospitalario. Tenían derecho a alimentación en la cafetería del hospital, se les entregaban batas blancas que eran renovadas cada semana, ropa quirúrgica para todos los procedimientos y elementos de protección. Tenían, como hemos mencionado, una remuneración (beca) con un estipendio mensual discreto y participaban de todas las actividades de cada servicio con un importante grado de autonomía (*Comentario de los autores*).

su Internado, “[...] la distribución de Internos Rotatorios se hizo [...] por su promedio de notas, yendo 4 al Hospital Militar y quedándose 12 en el Hospital de San José”. En relación con el asunto de las matrículas, “[...] tras varias consideraciones, el Consejo [fijó] la suma de \$300 el valor de la matrícula para Internos Rotatorios”<sup>78</sup>.

Al año siguiente, y como consecuencia del aumento del número de estudiantes, el Consejo Directivo los liberó de la obligación de realizar el internado exclusivamente en el Hospital de San José y en los otros hospitales vinculados a la Facultad, siempre y cuando los hospitales en los que se realizara dicha práctica estuviesen aprobados por el Comité de Acreditación de Hospitales de ASCOFAME<sup>79</sup>. Así mismo, según Leonardo Palacios, se autorizó a alumnos de otras facultades de medicina del país realizar el internado rotatorio en el Hospital de San José (Palacios Sánchez, 2015).

### *Nuevos acontecimientos antes de la graduación de la primera promoción*

#### *El resurgir de las protestas estudiantiles en todo el ámbito nacional y su repercusión en la Facultad de Medicina*

Aunque de la lectura de la mencionada acta del Consejo Directivo, del 18 de marzo de 1971, pareciera colegirse que estas expresiones estudiantiles rosaristas fueran un fenómeno aislado, resultado de tendencias internas impulsadas por ciertos grupos pequeños de estudiantes de la Facultad de Medicina, la verdad era que estas actuaciones estudiantiles representaban ya los primeros brotes en la Facultad, y en la Universidad, de la situación de agudización del Movimiento Estudiantil Colombiano<sup>80</sup>. Los estudiantes venían realizando movilizaciones y protestas en todo el país por la

---

<sup>78</sup> Acta del Consejo Directivo n.º 7, del 21 de julio de 1971: 2.

<sup>79</sup> Acta n.º 6 del Consejo Directivo del 13 de abril de 1972.

<sup>80</sup> De lo expuesto en esta acta pareciera como si el rector y las directivas de la Facultad no alcanzaran a percibir lo que estaba ocurriendo en el mundo estudiantil, por fuera de la Universidad del Rosario. No hay ninguna referencia ni comentario en esta acta relacionado con el paro de maestros, las invasiones campesinas, los paros obreros y, mucho menos, con la huelga de la Universidad del Valle y el alboroto estudiantil que, como consecuencia, se había desatado en toda la nación.

inminente implementación del Plan Básico de la Educación en Colombia, ahora apoyada por el gobierno de Misael Pastrana Borrero (1970-1974), cuarto y último presidente del Frente Nacional, como un mecanismo de adaptación a Colombia de la propuesta del norteamericano Rudolf Atcon para tecnificar y despolitizar la universidad latinoamericana y colombiana, bajo la figura de la “modernización” y la “cientifización” de la institución universitaria. Esta reforma impulsada por Pastrana no era una política aislada. Continuaba la tendencia privatizadora y despolitizadora de la Universidad iniciada desde el gobierno de Alberto Lleras Camargo y continuada por Lleras Restrepo, y había sido incluida por Pastrana como parte integral de su plan de gobierno.

El 7 de agosto de 1970, al tomar posesión de la Presidencia de la República, el nuevo presidente, Misael Pastrana Borrero, se planteó como partidario de continuar con la obra de Lleras Restrepo (Pécaut, 1989: 129). Las principales líneas de su programa de gobierno se precisaron en un documento presentado el 21 de agosto y en él se incluía la implementación de la reforma educativa, que Lleras Restrepo no había podido concretar, además de la continuación de la reforma agraria, de una “reforma urbana” destinada a limitar la especulación inmobiliaria y a estimular la construcción, una política de creación de empleo, la atenuación de los desequilibrios entre regiones, la ampliación de la seguridad social a nuevos sectores sociales, y la afirmación del papel directivo del gobierno en el dominio económico, pero dándole más posibilidades al sector privado de participar en la definición de los objetivos<sup>81</sup> (Pécaut, 1989: 130).

Pero, para lograr el cometido de su reforma educativa, el presidente Pastrana Borrero tuvo que “enfrentar una de las más profundas crisis que hayan sacudido nunca la universidad [en nuestro país] y, de manera más general, todo el edificio educativo” (Pécaut, 1989: 146). Para comenzar, el presidente, en su discurso de posesión, afirmaba que “el derecho primordial que hoy tiene el mundo para alcanzar la igualdad es la educación

---

<sup>81</sup> Esa reafirmación del papel directivo del gobierno en las actividades económicas pretendía la continuación de la línea propuesta por la CEPAL y que Lleras Restrepo había tomado como derrotero en la política y en la economía. Volveremos sobre esto más adelante.

[...]. El derecho a la educación es un derecho tan elemental como la vida misma. Quien quiera la libertad de un pueblo tiene que ambicionar de igual manera la cultura para todos sus ciudadanos” (Pastrana Borrero, citado en *El Tigre de Papel-Editores*, 1971: 7).

Esta afirmación del presidente dejaba entrever que en su gobierno se haría énfasis en la reforma educativa, que venía plasmándose desde los dos gobiernos anteriores. Diez días después, el muy joven Ministro de Educación, Luis Carlos Galán Sarmiento, afirmaba, refiriéndose a dicha reforma, que “se mantendrá la autonomía universitaria [y opinaba que] [...] el joven siempre es rebelde y debe serlo porque significa el aspecto renovador de la sociedad. La rebeldía estudiantil en América Latina y en el mundo, y en cada nación con una versión específica, ha servido para una cosa concreta: ha renovado los conceptos sociales” (Galán, citado en *El Tigre de Papel-Editores*, 1971: 7).

Estas aseveraciones del joven ministro eran un signo de que un conflicto entre los políticos jóvenes y los políticos tradicionales se estaba gestando en el ámbito gubernamental, en relación con la reforma educativa. El 4 de febrero de 1971 el gobierno anunció la presencia de un déficit general en el sector educativo por valor de \$847.000.000. Expresiones de esta situación deficitaria habían comenzado a aparecer ya: el 24 de enero de ese mismo año los periódicos del país habían publicado el hecho de que 4.600 maestros de educación primaria estaban en huelga en el departamento del Valle<sup>82</sup> y el 5 de febrero se anunció la clausura del Colegio de Santa Librada de Cali, por desórdenes de los estudiantes que pedían el cambio de rector (*El Tigre de Papel-Editores*, 1971: 8).

Dos días después comenzó una de las más severas crisis universitarias en la historia de Colombia<sup>83</sup>. El enfrentamiento de los estudiantes con el

---

<sup>82</sup> En enero de ese año, “los maestros del Departamento del Valle entraron en paro y los estudiantes del Colegio de Santa Librada de Cali realizaron protestas en contra, según ellos, del intento del Gobierno por convertir la sección nocturna de la institución en colegio privado de corte cooperativo” (Cote Rodríguez, 2009: 419).

<sup>83</sup> Este inicio estuvo articulado con un “momento crítico que tuvo que confrontar el Estado colombiano” durante los meses de febrero y marzo de ese año (*El Tigre de Papel-Editores*, 1971: 229). Según el historiador colombiano Mauricio Archila, ahí comenzó a articularse el segundo momento del “segundo ciclo más notorio de luchas estudiantiles

gobierno, que comenzó en el mes de febrero, se dio en el marco de otras luchas sociales como las mencionadas protestas de los maestros por la crisis económica del sector, las invasiones campesinas puestas en marcha por la ANUC<sup>84</sup> y el profundo malestar de la clase trabajadora<sup>85</sup>, que se expresaría en el paro cívico del 8 de marzo (El Tigre de Papel-Editores, 1971: 229).

Más allá de estas coyunturas y “coincidencias”, la movilización estudiantil, en sí misma, tuvo sus raíces iniciales en el conflicto que surgió en la Universidad del Valle, desde junio del año anterior, 1970, cuando “los estudiantes de la División de Ciencias Sociales y Economía habían [presentado una petición] en favor de una mayor participación de alumnos y profesores en la dirección interna de la Facultad y un aumento en la calidad académica de las carreras” (Cote Rodríguez, 2009: 418). Los estudiantes solicitaron, además, la elección democrática del decano, pero el Consejo Directivo rechazó la propuesta y eligió a Julio Mendoza en ese cargo. A partir de entonces, los estudiantes comenzaron a plantearse la necesidad de luchar por la autonomía universitaria, exigieron la renuncia del rector Alfonso Ocampo Londoño y la reestructuración del Consejo Superior Universitario. Así, el 29 de enero de 1971, convocaron a un paro estudiantil de 24 horas, el cual, “el 8 de febrero se convirtió en huelga general, con toma y bloqueo de la rectoría y del resto de dependencias administrativas” (Cote Rodríguez, 2009: 418).

Pero la cosa no paró allí, ese mismo día se inició un paro en la Universidad Tecnológica de Pereira contra la decanatura de la Facultad de Ciencias y, el 5 de febrero, la policía se tomó las instalaciones del Colegio de Santa Librada de Cali. A continuación, el 12 del mismo mes, el magisterio de primaria decretó un paro nacional. La respuesta elemental del ministro

---

del período comprendido entre 1958 y 1974, marcado por la oposición al bipartidismo y la captación de casi todo el movimiento estudiantil por fuerzas políticas de izquierda” (Archila Neira, 1999: 167-171).

<sup>84</sup> En ese mismo mes de febrero “los campesinos agrupados en la Asociación de Usuarios Campesinos (ANUC) iniciaron una gran oleada de invasiones de tierras” (Cote Rodríguez, 2009: 419).

<sup>85</sup> Por su parte, “los obreros en general comenzaron a expresar su inconformidad por el alza de la canasta familiar y amenazaron con realizar un paro nacional en marzo” (Cote Rodríguez, 2009: 419).

Galán Sarmiento a esta situación fue declarar que “intereses subversivos se mezclan al paro de maestros”. Por su parte, el 19 de febrero el ministro de trabajo, Jorge Mario Eastman, declaró ilegal dicho paro de maestros. Pero ese mismo día se inició un paro en la Universidad de Cúcuta. Ante la situación, Galán Sarmiento hizo un llamamiento a los maestros de primaria de cinco departamentos y, ese mismo día, logró llegar con ellos a un arreglo y al levantamiento del paro (El Tigre de Papel-Editores, 1971: 8).

Complementariamente, la huelga de la Universidad del Valle se agravó, puesto que los estudiantes de Ciencias Sociales y Económicas, por una parte, impugnaron el plan de estudios, el cual discriminaba cada vez más a los “estudiantes rasos”, considerándolos como marginales frente a los programas de capacitación de gerentes y administradores y, por otra, plantearon que este era un “programa de empalme con las imposiciones más inmediatas y cambiantes de la empresa privada” (El Tigre de Papel-Editores, 1971: 9).

Esta situación fue el reflejo del conflicto de una universidad estatal o pública que habría sido “literalmente invadida y ocupada, sobre todo en la última década, por una universidad privada, la cual [funcionaba] casi como un ‘enclave’ extranjero dentro del organismo original”<sup>86</sup>. En respuesta, el movimiento estudiantil y profesoral denunció el comportamiento autocrático del rector y desencadenó desmanes en el campus y en su entorno. Como consecuencia, la Universidad entró en crisis y quedó prácticamente sin gobierno (El Tigre de Papel-Editores, 1971: 69-70).

En virtud de lo anterior, el 26 de febrero la Ciudad Universitaria fue tomada por el ejército, lo cual dejó un saldo de más de 20 muertos<sup>87</sup> (El Tigre de Papel-Editores, 1971: 9). Este hecho ocurrió en vísperas de un

---

<sup>86</sup> Instituciones como la Fundación Rockefeller, la Fundación Ford y las empresas privadas locales venían haciendo donaciones que llevaban a la implantación de programas *condicionados* y manejaban sus propias nóminas y pago de bonificaciones a los profesores. Además, una institución llamada Fundación para la Educación Superior (FES), de carácter privado, manejaba buena parte de los recursos recibidos de esas instituciones, los cuales no entraban a las arcas de la Universidad. De esta forma, al pasar su manejo por encima del gobierno universitario, habían ido montando un Estado dentro del Estado (El Tigre de Papel-Editores, 1971: 66-67).

<sup>87</sup> Según Daniel Pécaut, la cifra oficial fue de 7 muertos y numerosos heridos (Pécaut, 1989: 148).

encuentro que estaba programado para ser realizado en la Universidad del Valle, y que incluía a representantes de la Asociación Nacional de Usuarios Campesinos, de la Federación Colombiana de Educadores (FECODE) y de otros sindicatos independientes. El gobierno de la ciudad, ante el temor de una acción política unificada de la clase trabajadora, campesinos y estudiantes, tomó la decisión de impedir esta posibilidad a como diera lugar. Por eso, desató la violencia militar contra la Ciudad Universitaria tratando de erradicar “ese fantasma que amenazaba el orden social establecido” (El Tigre de Papel-Editores, 1971: 230).

A continuación, el gobierno nacional declaró el Estado de Sitio. A partir de ese momento, y a pesar del que el movimiento estudiantil colombiano estaba disgregado y desarticulado por la falta de una organización nacional que lo congregara ideológica y políticamente<sup>88</sup>, los estudiantes de la Universidad Nacional decretaron la huelga en solidaridad con la Universidad del Valle, sumándole las protestas por el alto déficit presupuestal que aquejaba a su propia institución, hecho que fue seguido por múltiples levantamientos en las diferentes universidades y que dejaron como saldo un buen número de estudiantes muertos y de detenidos, especialmente en la Universidad del Cauca (Cote Rodríguez, 2009: 419; El Tigre de Papel-Editores, 1971: 9). Como consecuencia de estos acontecimientos, el 5 de marzo el ministro de Educación Luis Carlos Galán se dirigió a los estudiantes en un comunicado emitido el día anterior, en el cual proponía una reforma universitaria con participación de todos los sectores en su estudio (El Tigre de Papel-Editores, 1971: 10; Galán Sarmiento, 1971a: 236-238).

No obstante, el gobierno utilizó una doble estrategia. No solo utilizó la represión con las fuerzas armadas para combatir la protesta. Recurrió también a la política y a la negociación, única salida en un momento en que

---

<sup>88</sup> Tres grupos políticos fundamentales se destacaban en ese momento entre la multiplicidad de grupos que se disputaban el reclutamiento de estudiantes para cada una de las tendencias: la Juventud Patriótica o JUPA, la Tendencia Socialista o trostkismo y la Juventud Comunista o JUCO. Para un análisis más a profundidad, véase el capítulo “El debate ideológico en el seno del movimiento estudiantil” en el libro *Crisis universitaria colombiana, 1971*. Dicho capítulo presenta tres documentos fundamentales que recogen, respectivamente, el pensamiento político e ideológico de estos tres grupos y sus concepciones sobre la realidad económica, política y social del país en ese momento (El Tigre de Papel-Editores, 1971: 89-227).

el “gobierno se [vio] acosado desde muchos frentes y [tuvo] que desmontarlos uno a uno”, pues tenía que quitarse también de encima la “inmensa carga de responsabilidad que pesaba sobre él por las masacres de Cali y más tarde de Popayán”. Para eso decidió calmar y apaciguar a los estudiantes con el fin de que no volvieran a salir a la calle, al menos temporalmente. Aceptó, entonces, “la justeza de sus reivindicaciones” y reconoció públicamente que los contratos con el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) podían lesionar la soberanía nacional. Así mismo, reconoció que la Curia, la Federación Nacional de Comerciantes (Fenalco) y la Asociación Nacional de Industriales (ANDI) no deberían imponer sus intereses en la Universidad ni deberían hacer parte del Consejo Superior Universitario. Finalmente, el gobierno aceptó también que “la relación FES-Universidad del Valle era lo más aberrante que se podía dar”. Consecuentemente, para apaciguar a los estudiantes, el gobierno le pidió la renuncia al rector Ocampo Londoño (El Tigre de Papel-Editores, 1971: 230).

En medio de este caos, se realizaron un Segundo Encuentro Nacional Universitario, en Bogotá, durante los días 13 y 14 de marzo, y un Tercer Encuentro Nacional Universitario el 14 de abril en Palmira, al mes siguiente. En el acto de culminación de este último encuentro, el 14 de abril, se dio a conocer el llamado *Programa Mínimo* de los estudiantes<sup>89</sup> (El Tigre de Papel-Editores, 1971: 10-11). Una vez superada la crisis del 8 de marzo, controlados ya los paros de maestros y de los obreros, el gobierno volvió a actuar con nueva fortaleza y el ministro de Educación se atrevió a decir que él no estaba negociando, que lo que estaba haciendo era dialogando, y propuso que el *Programa Mínimo* tenía que ser discutido también por rectores y profesores (Galán Sarmiento, 1971b: 231).

---

<sup>89</sup> El *Programa Mínimo* solicitaba la abolición de los Consejos Superiores Universitarios, cumplimiento de la asignación del 15 % como mínimo del total del presupuesto de educación para la Universidad Nacional y llenar los déficits actuales de todas las universidades del país, conformación inmediata de una comisión con la misma composición de aquella que estudiará la reforma de la Ley Orgánica, retiro definitivo de las fuerzas armadas de la Universidad del Valle y ruptura definitiva con la FES (Fundación para la Educación Superior), legalización del derecho a constituir organizaciones gremiales autónomas de los estudiantes de todos los establecimientos de educación media y superior, tanto privados como públicos, y reapertura de la Facultad de Sociología de la Universidad Javeriana (El Tigre de Papel-Editores, 1971: 85-88).

*Las expresiones estudiantiles rosaristas en el marco de las protestas nacionales y la propuesta de reforma universitaria del gobierno*

Fue en el contexto de la agudización de dicho Movimiento Nacional Estudiantil que surgieron nuevas expresiones de protesta de los estudiantes de la Universidad del Rosario, las cuales se extendieron rápidamente por la Facultad de Medicina y por las facultades del Claustro. El 27 de abril de 1971, cuando se cumplían así 54 días de la crisis universitaria nacional que había llevado al cierre de varias universidades públicas (Cartagena, Popayán, Atlántico, Cauca, Valle, Antioquia y, finalmente, la Universidad Nacional) y al encarcelamiento de cientos de estudiantes en las diferentes ciudades del país, el decano Aparicio citó a una sesión extraordinaria del Consejo Directivo de la Facultad de Medicina.

En dicha reunión, el decano informó a los miembros del Consejo que los había citado para discutir la situación de crisis por la que estaba pasando la Facultad, como consecuencia del paro de 48 horas decretado por los estudiantes de las Facultades de Jurisprudencia y Administración de la Universidad, al cual se sumaron los estudiantes de la Facultad de Medicina. De hecho, a pesar de que los estudiantes de Medicina del Rosario, en una Asamblea inicial no habían querido acatar la propuesta del paro lanzada por el Consejo Estudiantil de la Universidad, finalmente estos se vincularon al movimiento siguiendo las iniciativas de los estudiantes del Claustro<sup>90</sup>.

El decano les dijo, además, a los miembros del Consejo Directivo que él ya se había reunido con los integrantes del Consejo Estudiantil, acompañado por el vicedecano, y que ellos le informaron que el paro no estaba relacionado con inconformidades con el desarrollo de la Facultad, sino que era una expresión de apoyo al Movimiento Nacional Estudiantil, originado por la reciente crisis de la Universidad del Valle, y que aprovecharían el tiempo del paro para estudiar el *Programa Mínimo* de los estudiantes<sup>91</sup>

---

<sup>90</sup> Esta postura de los estudiantes de las facultades del Claustro contrasta con la afirmación que hacía el rector unos pocos días antes, en la reunión del Consejo del 18 de marzo de ese año, de que eran los estudiantes de Medicina los revoltosos que subían al Claustro a perturbar la paz del *alma mater*.

<sup>91</sup> Se trataba del *Programa Mínimo* del Movimiento Nacional Estudiantil elaborado como resultado del III Encuentro Nacional Estudiantil que se realizó en la ciudad de

“aprobado recientemente en un encuentro nacional estudiantil”<sup>92</sup>. No obstante, aunque el paro había sido decretado solo por 48 horas, al terminar este plazo, los estudiantes de Medicina continuaron el movimiento durante once días más. Esto, a pesar de las advertencias del decano sobre los inconvenientes que dicha situación académica anormal podría implicar para el desarrollo adecuado de los programas docentes y que, si continuaba el paro, la consecuencia sería la cancelación del semestre<sup>93</sup>.

Durante los días transcurridos entre el 18 de abril, fecha de la reunión anterior del Consejo y esta reunión extraordinaria de la misma Corporación, citada por el decano para el del 27 de abril, habían ocurrido otros acontecimientos importantes más. El 22 de marzo, el gobierno anunció que promulgaría la reforma universitaria para junio (*El Tigre de Papel-Editores*, 1971: 231). En los días siguientes a los dos Encuentros Nacionales Estudiantiles, sucedieron nuevos allanamientos en la Universidad Nacional y en la de Cartagena, y estallaron paros en otras universidades del país. Ante esta incontrolable crisis, el 16 de abril, el gobierno nacional expidió los decretos 580 y 581, el primero, para restablecer el orden público universitario y, el segundo, para suspender las tareas docentes de la Universidad Nacional. Como consecuencia, se decretaron vacaciones en varias universidades y se cerraron otras, quedando como saldo más de 70 detenidos. El 24 de abril comenzó en Cali el Cuarto Encuentro Nacional Universitario, el cual se reunió clandestinamente. Finalmente, el 26 de abril se instaló en Bogotá el Consejo Nacional de Rectores, cuando la crisis universitaria cumplía ya 54 días. En esa reunión del Consejo, el ministro Galán fijó los criterios del gobierno sobre los estatutos que debían regir la vida universitaria y, ese día 27 de abril, mientras paralelamente se llevaba a cabo la mencionada reunión del Consejo Directivo de la Facultad de Medicina, Marcelo Torres, dirigente estudiantil de la Juventud Patriótica (JUPA), ala juvenil del MOIR, expuso los puntos de vista de los estudiantes

---

Palmira durante la segunda semana de abril de 1971 y que se dio a conocer al público el día 14 de ese mes (*El Tigre de Papel-Editores*, 1971: 11).

<sup>92</sup> Acta del Consejo Directivo n.º 4, del 27 de abril de 1971: 1.

<sup>93</sup> Acta del Consejo Directivo n.º 4, del 27 de abril de 1971: 1.

ante el Consejo Nacional de Rectores (El Tigre de Papel-Editores, 1971: 9-12).

Ante estas condiciones y acogiendo las recomendaciones del señor rector, quien insistió que mientras no existieran motivos graves no se podía cerrar ninguna facultad, y las del representante rectoral, de que era preferible dejar pasar los once días de paro sin agravar el conflicto, el Consejo Directivo de la Facultad hizo pública una resolución fechada ese mismo día, 27 de abril (ver recuadro).

EL CONSEJO DIRECTIVO DE LA FACULTAD DE MEDICINA DEL COLEGIO  
MAYOR DE NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO

En su sesión del 27 de abril de 1971 y ante la decisión de suspender las tareas académicas tomada por los estudiantes,

RESUELVE:

PRIMERO: Manifiestar su honda preocupación por los problemas que afectan a la Universidad Colombiana y consignar su aspiración de que una voluntad de conciliación permita superarlos en el más breve plazo.

SEGUNDO: Lamentar la determinación tomada, teniendo en cuenta las consecuencias desfavorables que ella necesariamente conlleva en el desarrollo del Semestre académico.

TERCERO: Instar a los estudiantes a reconsiderar la decisión de suspender las tareas, por cuanto las circunstancias de orden académico y administrativo de esta Facultad hacen muy difícil la recuperación del tiempo perdido.

CUARTO: Recomendar al estudiantado ahincadamente la mayor sensatez y cordura a fin de evitar situaciones que podrían ser difícilmente controlables<sup>94</sup>.

Toda esta descripción de acontecimientos deja ver la agudización del movimiento estudiantil y la situación caótica por la que estaba pasando el país en ese momento. En efecto, al día siguiente, el 28 de abril, el gobierno

---

<sup>94</sup> Acta del Consejo Directivo n.º 4, del 27 de abril de 1971: 2.

decretó las vacaciones para la Universidad de Nariño; en Bucaramanga hubo severas movilizaciones por toda la ciudad, lo que obligó a su control por parte de las fuerzas militares; en Ibagué hubo pedreas en el centro de la ciudad al igual que en Cartagena, en donde cien estudiantes fueron encarcelados (El Tigre de Papel-Editores, 1971: 12). Por su parte, desde el 6 de abril, en una posición intransigente, el ministro de Educación venía insistiendo en que la legalidad no se podía romper bajo ningún argumento y que no discutiría con los estudiantes mientras persistieran las huelgas<sup>95</sup> (El Tigre de Papel-Editores, 1971: 231; Torres del Río, 2010: 313). El 1.º de mayo, el presidente Pastrana anunció públicamente que en junio presentaría la Reforma Universitaria (El Tigre de Papel-Editores, 1971: 12).

Mientras tanto, en la Facultad de Medicina del Rosario y como consecuencia de la resolución del Consejo Directivo, el día 6 mayo, al cumplirse los once días de paro y en vista de que los estudiantes de la Facultad continuaban con el movimiento, el Consejo Directivo acogió la solicitud del decano de exigirle a los estudiantes el regreso a clase, puesto que él consideraba que el semestre académico estaba en serio riesgo y que, si el movimiento continuaba, la situación era insalvable. Por lo tanto, se aceptó publicar en cartelera un anuncio que rezaba “[...] [se hace saber a los estudiantes] que las clases [continuarán] de acuerdo con el calendario académico ya aprobado, el viernes 7 de mayo, a las horas establecidas para cada asignatura”<sup>96</sup>.

Ante esta decisión, el paro fue levantado por los estudiantes de la Facultad de Medicina del Rosario. Pero, más allá de esas decisiones pragmáticas, los grupos de discusión que habían sido conformados por los estudiantes de la Facultad de Medicina del Rosario continuaron reuniéndose, casi siempre por fuera de las instalaciones de la Institución, para seguir estudiando los documentos del Movimiento Nacional Estudiantil y profundizar en el análisis de la realidad nacional, manteniendo el contacto con algunos de los dirigentes de dicho Movimiento.

---

<sup>95</sup> Reportaje publicado en *El Tiempo*, el 6 de abril de 1971.

<sup>96</sup> Acta del Consejo Directivo n.º 5, del 6 de mayo de 1971: 2.

Según la anesthesióloga Edna Margarita Cruz Correa, estudiante de Medicina y presidente del Consejo Estudiantil de Medicina, en 1996:

[...] los estudiantes, contagiados de los movimientos estudiantiles y políticos de la época, realizaban actividades cuyo fin era la reflexión sobre la realidad nacional. Se dieron así las condiciones para integrarse a movimientos estudiantiles nacionales y compartir actividades con otras Universidades y Facultades del Colegio [...] el Consejo Estudiantil y el cuerpo de estudiantes entraron en un periodo caracterizado por expresiones de protesta, defensa de ideas de corte izquierdista y participación activa en las decisiones tanto a nivel de la Facultad como del sector salud, sin que estas manifestaciones fueran extrañas para las directivas del Colegio y de la Facultad, ni se utilizaran medidas coercitivas severas ante las asambleas ‘tormentosas’ que se solían hacer con un espíritu de crítica a las realidades reinantes. (Cruz Correa, 1996: 287-288)

No obstante, el Movimiento Nacional Estudiantil continuó sus actividades y su proceso de movilización social. Como respuesta a las solicitudes de los estudiantes, y para enfrentar definitivamente la crisis, el presidente de la República, Misael Pastrana Borrero, en su discurso del 4 de mayo, anunció oficialmente al público su propuesta de Reforma Universitaria y consideró que, aquello que había comenzado como un problema académico, se había transformado en una alteración violenta del orden público. Veamos algunos apartes de dicho discurso:

Colombianos:

He creído oportuno tener esta nueva comunicación con la Nación con el propósito de precisar cuáles son los objetivos y las metas que el Gobierno Nacional se ha trazado frente al problema de la Universidad colombiana y, al mismo tiempo, tratar de refrescar cuales fueron las circunstancias que llevaron al país al estado en que se encuentra actualmente el problema universitario. La opinión pública recordará cómo desde el principio del año una serie de factores ha venido coincidiendo, en forma curiosamente coherente, en buscar una perturbación

de la paz pública, en enturbiar la atmósfera nacional. El problema universitario surgió por inquietudes académicas y el gobierno trató de darle una respuesta en este campo, a través del diálogo permanente del señor ministro de Educación con los diversos estamentos de los claustros mismos de la Universidad y también mediante sugerencias de cambios y modificaciones en la estructura de la organización universitaria. Pero, sorprendentemente, lo que era un diálogo sobre problemas académicos se desvió a ese acto de fuerza, de violencia, de desorden, de perturbación: a una verdadera conjura que se manifestó, primero, en algunas universidades de provincia y que, luego, por reflejo y repercusión, llegó a la capital misma de la República.

[...] Ante esos hechos hemos creído que de los males actuales podemos sacar grandes bienes, como realizar a fondo una verdadera reforma de la Universidad, modernizarla, actualizarla, ponerla de frente a los requerimientos de la nación, a lo que el Estado nuevo exige [...] una reforma que hagamos simplemente desde el Estado [...], pero con las ventanas abiertas a una comunicación permanente con todos los grupos que están interesados en el problema educativo [...] [se impulsará] la regionalización de la educación superior, para fortalecer las universidades de todo el país, sin paralelismos y dentro del criterio de la desconcentración de oportunidades universitarias [...] la educación superior privada será respetada y estimulada, para lo cual será definida dentro del ordenamiento legal general que el Gobierno presentará.

[...] Es una reforma para los sectores que quieren el cambio [...]. Esta reforma no tiene nada que ver con quienes creen que a través de la Universidad se pueden crear los instrumentos para destruir las raíces mismas de la sociedad [...]. Creo que con seriedad y con paciencia hemos ido destruyendo esa maraña, en forma tal que, no obstante que todavía estamos atravesando tempestades, ya el horizonte y el porvenir se muestran más tranquilos, la subversión ha venido relajándose y en cambio las instituciones han venido mostrando cada vez más fortaleza [...]. (Pastrana Borrero, citado en *El Tigre de Papel-Editores*, 1971 243-248)

A pesar de estos anuncios presidenciales, la agitación estudiantil nacional continuó y, el 24 de mayo, quedó conformado un Comité Oficial de Trabajo para el estudio de la Reforma Universitaria. No obstante, el 2 de junio terminó el IV Encuentro Nacional Universitario con una profunda división entre la Tendencia Socialista y la Juventud Patriótica en torno a las tácticas que el Movimiento debería seguir. Se sucedieron, una tras otra, clausuras y nuevos paros en distintas universidades del país, así como detenciones a los líderes estudiantiles y renunciaciones de directivas de varias universidades, hasta que, finalmente, el 30 de julio, el gobierno presentó su anunciado proyecto de Reforma Universitaria al Congreso. Después de eso, el movimiento estudiantil se fue muriendo por las divisiones internas de los diferentes grupos, en pro y contra la reforma, relacionadas con los diferentes enfoques y métodos para continuar la lucha estudiantil (El Tigre de Papel-Editores, 1971: 13-16).

Según Torres del Río, la Reforma Universitaria del gobierno, en “[...] sus aspectos centrales [definió] la participación conjunta de los estamentos involucrados para adelantar la modernización del sistema universitario, la regionalización de la educación superior equilibrando los recursos, la jornada nocturna y la promoción de la universidad privada”. De las exigencias estudiantiles nadie se ocupó (Torres del Río, 2010: 313).

Pero es que, como hemos dicho atrás, la Reforma de Pastrana Borrero se guiaba por los elementos fundamentales del Plan Básico, dentro de las orientaciones propuestas por la Alianza para el Progreso y, por lo tanto, poco tenía en cuenta las solicitudes del Plan Mínimo de los estudiantes, que básicamente enfrentaba dichas orientaciones al pretender la centralización, democratización y reestructuración del sistema universitario, en contra de la privatización. Pero era que tales solicitudes estudiantiles confrontaban la política gubernamental y chocaban de frente con la intromisión del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), con los intereses de las fundaciones extranjeras, y con el Estatuto Orgánico vigente.

### *La ampliación de los centros de práctica*

Mientras tanto, otros cambios se fueron haciendo necesarios en la Facultad como consecuencia del aumento del número de estudiantes y del

crecimiento de sus actividades. El Hospital de San José, perteneciente a la Sociedad de Cirugía de Bogotá, había sido lógicamente el primer centro de la enseñanza práctica en los diferentes niveles desde la reapertura de la Facultad. Sin embargo, no era conveniente que toda la formación se hiciera en un solo centro. Adicionalmente, dicho Hospital tenía una orientación esencialmente médico-quirúrgica, con algunos departamentos clínicos de dimensiones pequeñas para el número de alumnos que se recibían. Por ejemplo, el Departamento de Pediatría de dicho Hospital contaba con 40 camas y recibía, básicamente, pacientes quirúrgicos pediátricos. Conscientes de lo anterior, los integrantes del Consejo Directivo empezaron a explorar otros campos de práctica que permitieran a los alumnos tener rotaciones en otros hospitales universitarios de la ciudad.

En efecto, en 1968, todavía durante la decanatura de Guillermo Fergusson, ya se había establecido un vínculo con el Hospital Militar Central, que permitió que los estudiantes de sexto semestre, quienes cursaban Medicina Interna, iniciaran rotaciones en esta casa de salud<sup>97</sup>. Dicho vínculo se institucionalizó más tarde con la firma de un convenio entre ese Hospital y la Universidad del Rosario, en 1971, ya durante la decanatura de Arturo Aparicio Jaramillo (Torres Iregui, 1996: 303-304), cuando la universidad colombiana se hallaba en plena crisis debido al conflicto estudiantil mencionado atrás. Los alumnos de pregrado comenzaron entonces a rotar por el piso “sexto norte” del Hospital Militar Central, dedicado al manejo de pacientes de Medicina Interna y, por el piso “sexto sur”, donde estaba ubicado el servicio de Neurología (Palacios Sánchez, 2015).

Igualmente, ya desde 1967, también durante la decanatura de Guillermo Fergusson, se había firmado un contrato con el Hospital Infantil Lorencita Villegas de Santos, como centro docente de pre y posgrado para la enseñanza de la Pediatría, la Ginecología y la Obstetricia. No obstante, solo hasta el 13 de enero de 1969 llegaron a este Hospital los primeros estudiantes del Rosario, cuando se inició la Cátedra de Pediatría. Dicha Cátedra fue coordinada por Jaime Pérez Norzagaray, quien estaba vinculado al Hospital, y los estudiantes realizaron rotaciones por

---

<sup>97</sup> Acta n.º 32 del Consejo Directivo del 16 de diciembre de 1968: 2.

los principales servicios de dicha institución. La presencia permanente de los estudiantes en ese Hospital, durante todo un semestre, llevó a que se crearan allí algunas cátedras anexas, entre ellas la de Ortopedia Infantil, dirigida por el ortopedista Valentín Malagón, que fue la primera en su género en pregrado en América Latina; la de Genética, dictada por el genetista Emilio Yunis<sup>98</sup>; la de Psicología, coordinada por la psicóloga Emilia Calvo<sup>99</sup>; y, la de Psiquiatría Infantil. Adicionalmente, la Cátedra de Pediatría se proyectó a la comunidad mediante un programa de trabajo de campo en barrios marginados de Bogotá, en poblaciones rurales del Chocó, de la Sierra Nevada de Santa Marta y de Orocué, bajo la coordinación de Eduardo Estrada (Franco Ramírez, 1996: 211-212).

En vista de que el Hospital de San José no contaba con un Departamento de Psiquiatría ni con un pabellón dedicado al manejo de esta clase de pacientes, cuando los estudiantes de la primera cohorte estaban próximos a ingresar a la Cátedra de Psiquiatría, durante el décimo semestre, la Facultad se vio en la necesidad de buscar campos de práctica en esta especialidad médica. Así, en mayo de 1970, el decano informó al Consejo Directivo que ya los profesores encargados del semestre dedicado a la enseñanza de la Psiquiatría habían elaborado los programas de los cursos por dictar y que él había realizado la correspondiente visita a los posibles sitios de práctica, que incluían el Instituto Colombiano del Sistema Nervioso, la Clínica Monserrat y las clínicas del Perpetuo Socorro y de Fátima.

---

<sup>98</sup> Inicialmente, esta cátedra se dictaba en el segundo semestre de la carrera, pero, cuando la primera cohorte inició el semestre de pediatría, se vio la conveniencia de trasladarla al séptimo semestre por su relación clara con el tema de esta especialidad. Así mismo, los conceptos científicos de la genética y la posibilidad de utilizar sus técnicas de investigación y de diagnóstico habían cambiado en el país durante esos años y, por lo tanto, lo que se enseñaría a partir del 1969, en séptimo semestre, era diferente de lo que los estudiantes de las primeras cohortes habían aprendido en segundo semestre. Después del retiro de Emilio Yunis, los componentes básico y clínico los enseñaba la genetista Emilia Federici de la Cruz, en el séptimo semestre, en el Hospital Lorencita Villegas de Santos (Restrepo Fernández, 1996: 155).

<sup>99</sup> La coordinadora comenzó a combinar, en el Hospital Infantil, las prácticas de psicología infantil de las estudiantes de la Facultad de Psicología de la Universidad Javeriana con las de los estudiantes de Medicina de la Universidad del Rosario, especialmente en el ámbito de la consulta externa (Nota de los autores).

Después de presentar un análisis de las condiciones que ofrecían estos tres centros de práctica, recomendó al respecto que se escogieran los últimos dos, puesto que en dichas clínicas existía también Consulta Externa, y que los profesores que dictarían los cursos de Psiquiatría y de Semiología Psiquiátrica estaban vinculados a ellas. Comentó que, además, podrían realizarse algunas prácticas en el Hospital Neuropsiquiátrico Sección Bogotá, previamente denominado Casa o Asilo de Locas<sup>100</sup>, especialmente las relacionadas con Psiquiatría Forense y Medicina Legal<sup>101</sup>.

Un año más tarde, el Consejo Directivo, en su sesión del 6 de mayo de 1971, reestructuró las relaciones entre la Facultad y los centros de práctica, creando:

[...] los diferentes Comités Inter-Hospitalarios para dar cumplimiento a los Convenios existentes con el Hospital Infantil del Norte y Militar Central [y, haciendo] los siguientes nombramientos: [al] doctor Roberto Jaramillo, Coordinador del Departamento de Ginecología y Obstetricia [y al] doctor Jaime Pérez Norzagaray, Jefe del Departamento de Pediatría, para integrar el Comité de Coordinación en unión del señor Decano o Vice-Decano y del Director del Hospital Infantil Lorencita Villegas de Santos, de acuerdo a la cláusula del Convenio con el Hospital Infantil; [a los doctores] Mario Negret, Jefe del Departamento de Cirugía General [y] Juan Consuegra, Jefe del Departamento de Medicina Interna, para integrar el Comité de Cooperación en tareas académicas e intercambio de personal de acuerdo a la cláusula tercera parágrafo 1º del Convenio existente con el Hospital Militar<sup>102</sup>.

Como resultado del prestigio que la Facultad estaba adquiriendo en el seno de la comunidad médica bogotana, el 21 de julio de 1971 las directivas de la Facultad recibieron una propuesta del fisiatra Juan Ruiz Mora, director científico del Instituto Colombiano de Ortopedia y Rehabilitación

---

<sup>100</sup> En relación con la historia del Asilo de Locas, véase la tesis de grado de Diana Lorena Rodríguez Ledesma (Rodríguez Ledesma, 2013).

<sup>101</sup> Acta del Consejo Directivo n.º 6, 14 de mayo de 1970.

<sup>102</sup> Acta n.º 5 del Consejo Directivo del 6 de mayo de 1971: 4.

Franklin Delano Roosevelt, en la que puso a consideración de la Universidad la posibilidad de establecer un convenio para prácticas de ortopedia infantil en dicha institución<sup>103</sup>. El Instituto Roosevelt contaba ya con la aprobación de ASCOFAME para el entrenamiento de residentes de dicha especialidad. Existía también el antecedente de que algunos estudiantes de la Facultad ya estaban rotando por este hospital, que tenía el mayor volumen de casos de ortopedia infantil en la ciudad. Según el acta n.º 8 del 21 de julio de este año, el Consejo Directivo comisionó al decano para estudiar una propuesta de cooperación entre las dos instituciones<sup>104</sup>. El contrato con el Instituto Roosevelt fue finalmente aprobado por el Consejo Directivo, después de algunas modificaciones a la versión original, en su reunión n.º 13 del 13 de septiembre de 1973<sup>105</sup>.

Vale la pena mencionar que la Facultad de Medicina del Rosario ha procurado desde un comienzo que sus estudiantes tengan siempre la oportunidad de realizar sus prácticas y entrenamientos tanto en instituciones privadas como públicas, urbanas y rurales.

### *Afiliación de los primeros programas de residencia a la Facultad*

Hacia finales de la década del setenta fue creciendo en el ámbito de la Facultad una tendencia a impulsar a los estudiantes hacia la especialización médico-quirúrgica después de recibir el grado de médico-cirujano. Esta tendencia fue desplazando lentamente a la orientación inicial de la Facultad, impresa por Fergusson, Rueda Montaña y Di Domenico en el plan de estudios, de “formar el médico general que Colombia necesitaba”, pues las nuevas directivas fueron aumentando su interés en la organización de los programas de residencias hospitalarias en posgrados médico-quirúrgicos. A medida que los estudiantes iban avanzando en su carrera médica e iban

---

<sup>103</sup> Juan Ruiz Mora, que era director de la Escuela Colombiana de Fisioterapia desde 1952, había ya logrado, en 1968, la firma de un convenio con la Universidad de Rosario para transformar dicha Institución en la Escuela Colombiana de Rehabilitación. Esta comenzó a funcionar, en 1969, en cooperación con la Universidad del Rosario, como lo hacía ya la Sociedad de Cirugía de Bogotá con la Facultad de Medicina, desde 1966 (Rodríguez Prieto, 2018: 47).

<sup>104</sup> Acta n.º 7 del Consejo Directivo del 21 de julio de 1971: 1.

<sup>105</sup> Acta n.º 13 de Consejo Directivo del 13 de septiembre de 1973: 1.

realizando sus rotaciones en los distintos centros hospitalarios, los intereses de continuidad por parte de los hospitales se empezaron a hacer visibles.

En este marco, en la sesión del Consejo Directivo, realizada el 30 de septiembre de 1971, se leyó una comunicación del cardiólogo Guillermo Lara Hernández, jefe de Educación Médica del Hospital Militar Central (que ya tenía programas de residencia hospitalaria manejados por la Oficina de Educación Médica de dicha institución), en la cual informó que ese Hospital deseaba continuar con los programas de residencias hospitalarias y que apoyaría, desde el punto de vista financiero, “la creación de un fondo de becas para que así, sea la Facultad quien adjudique esas becas quitándole en esta forma todo aspecto laboral al residente hospitalario”. Al respecto, Guillermo Rueda Montaña señaló que, para tomar la decisión, se tuviera en cuenta que “el Programa del Ministerio de Salud Pública sobre el sobresueldo de los Residentes Hospitalarios [se iba a acabar] por consunción, ya que este [era] para [los] Residentes Hospitalarios [que habían iniciado su] ejercicio antes del 5 de mayo de 1971”<sup>106</sup>.

En la sesión del 21 de octubre de ese mismo año, el decano Aparicio Jaramillo informó sobre una reunión sostenida con los jefes de Educación Médica del Hospital Militar Central y del Hospital Infantil Lorencita Villegas de Santos, Guillermo Lara Hernández y del pediatra Augusto Sabogal, respectivamente, para revisar el programa de residentes. Al respecto, el decano manifestó al Consejo

que este Programa debe ser estudiado muy detenidamente puesto que la decisión del Gobierno Nacional de no conceder subsidio a través del INPES [Instituto Nacional de Programas Especiales de Salud] [...] ha traído ya problemas, uno de los cuales es una carta de protesta de los residentes de los Hospitales de Cali y una carta de inconformidad de los residentes del Hospital Infantil Lorencita Villegas de Santos<sup>107</sup>.

---

<sup>106</sup> Acta n.º 10 de Consejo Directivo del 30 de septiembre de 1971: 2.

<sup>107</sup> Acta n.º 11 de Consejo Directivo del 21 de octubre de 1971: 2.

Tras varias opiniones y con el fin de dar un plazo prudencial para que esta situación se aclarara, el Consejo recomendó “a los hospitales afiliados que se [exigiera] la medicatura rural a los futuros residentes, recomendación que redundaría en beneficio para los primeros egresados de esta Facultad ya que podrán realizar su especialización posteriormente con mayor tranquilidad”<sup>108</sup>.

### *Creación de la “División de Educación Médica”*

Además de la creación de la Vicedecanatura, el aumento de programas de posgrado como resultado de la tendencia a la especialización médico-quirúrgica y la dificultad de su coordinación hicieron necesario el segundo cambio administrativo importante de la Facultad de Medicina: la creación de la División de Educación Médica. Como consecuencia, el 30 de septiembre de 1971 en sesión del Consejo Directivo, el señor decano informó que había recibido una visita de ASCOFAME la cual tenía como objetivo proponer la creación y puesta en marcha de dicha División. Para esto, se contaría con el apoyo de dicha Asociación, la cual aportaría “una máquina de escribir, el sueldo de una secretaria y un archivador”. El Consejo aprobó la creación de esa instancia académico-administrativa, la cual estaría integrada por cinco miembros designados por este Consejo. Tres de estos miembros serían profesores de la Facultad y los otros dos serían representantes de los hospitales afiliados<sup>109</sup>. El aumento de los programas de postgrado y su adecuado manejo exigía de alguna manera la existencia de dicha División.

Según el exjefe de aquella División y exdecano de la Facultad, el neurólogo Leonardo Palacios, esta tenía a su cargo “velar por el funcionamiento adecuado del programa de Internado y de los diferentes programas de postgrado de la Facultad, manteniendo contacto permanente con los Jefes de Educación Médica de los Hospitales [con los cuales] la Facultad [mantenía] convenios” (Palacios Sánchez, 1996: 320).

---

<sup>108</sup> Acta n.º 11 de Consejo Directivo del 21 de octubre de 1971: 2.

<sup>109</sup> Acta n.º 12 de Consejo Directivo del 18 de noviembre de 1971: 1.

Así mismo, Palacios comentaba que:

El Comité de Educación Médica, [como se le llamaba coloquialmente], presidido por el decano de la Facultad, debe asesorar en forma permanente a las directivas de ella y de los hospitales, aceptando las solicitudes de Internado y postgrado que ofrece la Facultad. Está compuesto por las Directivas de la Facultad, de los tres principales bloques que conforman la carrera (ciencias básicas, clínicas y quirúrgicas), y por los Jefes de Educación Médica o sus representantes, de las principales instituciones con quienes la Facultad tiene convenio para la realización del Internado o de los programas de Residencia. (Palacios Sánchez, 1996: 320)

Las personas asignadas en este primer Comité fueron, por parte de los profesores, el fisiólogo Carlos Moreno Benavides (por ciencias básicas), el endocrinólogo Antonio Ucrós Cuéllar (por las clínicas) y el ginecólogo Roberto Jaramillo Uricoechea (por las quirúrgicas); y, como representantes de los Hospitales, Guillermo Lara Hernández (en representación del Hospital Militar Central) y Augusto Sabogal (en representación del Hospital Infantil Lorencita Villegas de Santos)<sup>110</sup>. De acuerdo con lo consignado en el acta n.º 12 del 18 de noviembre de 1971, dicha División entró en operaciones a principios de ese mes<sup>111</sup>.

### ***Graduación de la primera promoción de médicos de la Universidad del Rosario***

Este período de consolidación y puesta en marcha de aquellos aspectos del currículo que quedaron pendientes por implementar tuvo su culminación con la ceremonia de graduación de la primera promoción de estudiantes que había iniciado su paso por la Facultad en marzo de 1966.

Mientras dicha cohorte de estudiantes se encontraba presta a terminar sus últimas rotaciones del internado, el 21 de octubre de 1971, el decano

---

<sup>110</sup> Acta n.º 10 de Consejo Directivo del 30 de septiembre de 1971: 1.

<sup>111</sup> Acta n.º 12 de Consejo Directivo del 18 de noviembre de 1971: 1.

puso a consideración del Consejo Directivo la Resolución n.º 13 de ese año, por la cual se fijaban, de manera general, “la primera quincena de febrero y la primera quincena de agosto como fechas de grado colectivo para las promociones que terminan sus estudios en cada uno de los Semestres cronológicos del año”. Esta resolución fue aprobada por el Consejo<sup>112</sup>.

Siguiendo esta reglamentación, el Consejo Directivo, en su sesión del 13 de enero de 1972, fijó como fecha de grado para la primera promoción el 28 de enero de dicho año a las 6 de la tarde. Posteriormente, en la segunda sesión del Consejo de ese año, celebrada el 27 de ese mismo mes, dicha corporación aprobó la Resolución n.º 1, “por la cual se autoriza conceder el grado de MÉDICO y CIRUJANO a los alumnos de la Promoción de enero de 1972, que iniciaron estudios en marzo de 1966 y que, de acuerdo a informes del Secretario, han cumplido con todos los requisitos exigidos [...]”<sup>113</sup>.

En consecuencia, el día 28 de enero de ese mismo año, se llevó a cabo la ceremonia de graduación de la primera promoción de la Facultad y se entregó el diploma de Doctor en Medicina y Cirugía a los primeros dieciocho graduandos, en el Aula Máxima de la Universidad del Rosario, de su sede del Claustro (Becerra Lara, 1996 [1990]: 99). En ese momento, todavía ocupaban la Rectoría Antonio Rocha Alvira y la presidencia de la Sociedad de Cirugía, Mario Negret López (Becerra Lara, 1996: 101).

El orden del día aprobado por el Consejo para dicho acto académico fue:

1. Presentación de los graduandos.
2. Palabras del graduando Santiago Currea Guerrero.
3. Recepción del juramento.
4. Entrega de diplomas.
5. Lectura de la Promesa del Médico por el doctor Juan Guillermo Uribe Ángel.
6. Palabras del señor Decano.

---

<sup>112</sup> Acta n.º 11 de Consejo Directivo del 21 de octubre de 1971: 2

<sup>113</sup> Acta n.º 2 de consejo Directivo del 27 de enero de 1972: 2-3.

Los graduandos fueron:

1. Casabianca Zuleta, Silvia
2. Cortés Dangond, Hernán
3. Currea Guerrero, Santiago
4. Isaza Ángel, Fernando
5. Garavito Mejía, Jairo
6. Kattah Calderón, Jorge
7. Mejía Galvis, Álvaro
8. Morales González, Álvaro
9. Ossa Ramírez, Augusto
10. Otálvaro Gómez, Juan de Dios
11. Rodríguez Robayo, Fabio
12. Robledo Castillo, Carlos Alberto
13. Sáenz Pinto, Eduardo
14. Tayeh Díaz-Granados, Ivonne
15. Turgemán Arenas, Álvaro
16. Uribe Ángel, Juan Guillermo
17. Vargas Caballero, Jorge
18. Vega Ramírez, Ramón Miguel<sup>114</sup>

En su discurso de cierre del acto, el decano Arturo Aparicio Jaramillo recordó los orígenes de la Facultad y los principales campos de práctica por los cuales rotaron los nuevos médicos. Así mismo, agradeció al primer decano y a las directivas de las instituciones fundadoras sus labores en pro de la Facultad y dejó abiertas las puertas del Hospital de San José para el resto de la carrera profesional de los graduados.

---

<sup>114</sup> Es de anotar que de los 30 estudiantes que originalmente se matricularon en el primer semestre para marzo de 1966 solo se graduaron los 18 mencionados. Para el listado de matriculados, véase Quevedo V. & Pérez G., 2009: 378-379.

## **Acontecimientos relevantes de la Facultad después de la graduación de la primera promoción (1972-1979)**

### **Segunda etapa del cuarto gobierno del Frente Nacional y las contrarreformas**

A pesar de que, como dijimos atrás, el presidente Pastrana se había mostrado públicamente como continuador de la obra de Carlos Lleras Restrepo, un balance de la etapa final de su gobierno muestra que prácticamente todas las reformas liberales lleristas (la reforma agraria y la reforma urbana, el estatuto de capitales del Pacto Andino, la reforma de salud y la reforma educativa) chocaron rápidamente con los intereses de las diferentes fracciones en las que se habían dividido los dos partidos políticos tradicionales del país y fueron tempranamente neutralizadas y modificadas hacia procesos de desarrollo capitalista que favorecieron los intereses y el crecimiento de los grupos económicos más grandes del país (Pécaut, 1989: 135).

Los resultados de las elecciones del 16 de abril de 1972, en las cuales los electores favorecieron al Partido Liberal ante todo y a los conservadores en segundo lugar, produjeron el hundimiento de la ANAPO. Esto indicó que, más allá de las divisiones partidarias, la estrategia del Frente Nacional “[...] no debía definirse más en función de la amenaza anapista, ahora desactivada: nada imponía ya una vasta coalición” y, desde el punto de vista del gobierno, el presidente podía comenzar a “hablar de un triunfo del Frente Nacional”. De esta manera, el equipo de gobierno pudo dedicarse a pensar en poner definitivamente en marcha el reordenamiento económico del país. Si bien la estrategia económica del gobierno de Pastrana había sido definida gradualmente a lo largo de 1971, esta solo adquirió su forma definitiva con su publicación oficial como Plan de Desarrollo (Pécaut, 1989: 182-186), el cual salió de los Talleres Gráficos de la Editorial Andes el 28 de junio de 1972, con el título de *Las Cuatro Estrategias* (República de Colombia. Departamento Nacional de Planeación, 1972).

El mes siguiente, en su discurso de inauguración de las sesiones del Congreso del 20 de julio de 1972, después de referirse a las elecciones de abril como una “fiesta democrática”, Pastrana presentó las grandes líneas de su Plan de Desarrollo, el cual acogió las propuestas político-administrativas

y económicas del ya popularmente conocido como *Plan Currie*, y publicado a comienzos de los años setenta por el economista canadiense, en ese momento residente en Colombia, Lauchlin Currie, bajo el nombre de *Operación Colombia*, donde definía unas estrategias de desarrollo contrarias a las que habían puesto en marcha, primero, Lleras Camargo y, luego, impulsadas con mano firme por Lleras Restrepo, siguiendo las líneas “preconizadas por la Alianza para el Progreso” (Pécaut, 1989: 186).

Según Daniel Pécaut, dicho *Plan Currie* defendía “que se favoreciera la emigración [del campo a la ciudad] de los agricultores marginales a fin de poder aumentar más fácilmente la productividad agrícola y estimular la demanda impulsando programas de construcción [urbana] en los que encontrarían empleo los excedentes rurales” (Pécaut, 1989: 186-187). El esfuerzo principal debería focalizarse en “[...] la creación de una demanda adicional para bienes corrientes y por lo tanto en la eliminación de diversos obstáculos institucionales: solamente con esta condición podría canalizarse el ahorro hacía un uso productivo” (Pécaut, 1989: 188). En el centro de la propuesta estaba el problema de la agricultura: se trataba de enfrentar la política agraria de Lleras Restrepo y de la Alianza para el Progreso, fijando

como objetivo principal, el refuerzo de la demanda por productos agrícolas, refuerzo que no [podía] resultar sino en una transferencia de mano de obra agrícola de baja productividad hacia sectores de productividad más elevada. Entonces [sería] posible aumentar la productividad agrícola y los ingresos de los agricultores que [continuaran] en el sector. [Así sería] también más fácil desarrollar [una] agricultura de exportación considerable (Pécaut, 1989: 188) [es decir, una agricultura capitalista].

La jerarquía de las acciones sería: primero, canalizar parte del ahorro hacia la construcción urbana que permitiría la creación de empleo para recibir y captar la mano de obra poco calificada, la población agrícola excedente, migrante del campo a la ciudad; en segundo lugar, impulsar el esfuerzo para incrementar las exportaciones nuevas para disponer de una buena capacidad de importación suficiente; en tercer término, elevar

la productividad agrícola sin riesgo de efectos negativos en las ganancias de los grandes productores agrícolas; y, finalmente, modificar la distribución actual de los ingresos y dismantelar progresivamente las estructuras monopolistas. Para compensar, el gobierno deberá “consagrar una parte importante de sus gastos a inversiones sociales”. En esto consisten las cuatro estrategias del Plan, de ahí su nombre (Pécaut, 1989: 188-189).

El eje de la nueva estrategia económica era, pues, el impulso a la construcción urbana para “atraer hacia ese sector parte importante del ahorro”. Para tal efecto, se crearon las Corporaciones de Ahorro y Vivienda que captaron el ahorro de las clases media y altas a través de las Unidades de Poder Adquisitivo Constante (UPAC), las cuales permitieron el enriquecimiento de los constructores y los financiadores del proceso, aumentando la inflación y la devaluación, y cobrándole a largo plazo a los compradores de vivienda muchísimo más dinero del costo nominal de la propiedad adquirida. Para 1973 la creación del empleo tuvo una leve aceleración, pero el sector de la construcción tuvo la tasa más alta de crecimiento de todos los sectores económicos (Pécaut, 1989: 190-192).

Las otras reformas lleristas fueron neutralizadas. La primera entre ellas fue la reforma agraria, que recibió el embate de la élite latifundista, que logró su definitivo desmonte, después de algunos intentos del presidente Pastrana por ponerla en funcionamiento (Pécaut, 1989: 142-146). Como respuesta a la situación crítica producida por las invasiones de tierras protagonizadas por los campesinos<sup>115</sup> y buscando hacerle frente a la Asociación Nacional de Usuarios Campesinos (ANUC)<sup>116</sup>, se firmó

---

<sup>115</sup> El movimiento campesino, estimulado por la ANUC, se había organizado y realizaba movilizaciones frecuentes buscando enfrentar las distintas acciones puestas en marcha por los sectores terratenientes que trataban de eludir los efectos de las leyes agrarias de Lleras Restrepo, recurriendo a expulsiones masivas de campesinos mediante el uso de la fuerza. Como consecuencia, en varios departamentos los campesinos produjeron invasiones de tierras, buscando apoyar la reforma agraria y la parcelación de estas. El órgano directivo de la ANUC estaba compuesto por fuerzas políticas que apoyaban al régimen, pero también tenían asiento allí fuerzas de izquierda, entre las que se destacaron los trostkistas que impulsaron su consigna “Tierra sin patronos”, los maoístas con su consigna “Tierra para el que la trabaja” y los comunistas (Torres del Río, 2010: 309-310).

<sup>116</sup> Como se dijo atrás, dicha asociación había sido impulsada desde 1968 por el presidente de la época, Carlos Lleras Restrepo, buscando facilitar el acceso de los campesinos a la tierra para apaciguar la violencia y el crecimiento de las guerrillas.

el Acuerdo (también llamado Pacto) de Chicoral, el cual fue suscrito en una reunión realizada en el municipio del mismo nombre, ubicado en el departamento del Tolima, el 9 de enero de 1972<sup>117</sup>. Según Jorge Orlando Melo, “[...] en 1972 los dos partidos, inquietos por la movilización campesina y su posible asociación con el auge guerrillero, decidieron que en vez de repartir tierras había que crear presiones tributarias y ayudar a los propietarios para que se modernizaran” (Melo, 2017: 243).

La política económica centrada en estimular la migración del campo a la ciudad y estimular el crecimiento urbano, al favorecer la construcción, implicaba la necesidad de aumentar el número de médicos en las ciudades, favoreciendo la especialización para garantizar la competencia en el mercado. Este hecho desplazaba la idea de formar un médico general, orientado a manejar los problemas básicos de salud en el país, y privilegiaba la formación de médicos especialistas de diferentes tipos, para aumentar la oferta de servicios en las grandes y medianas ciudades en las que se estaba estimulando la construcción y, por lo tanto, el crecimiento urbano. Estas propuestas ya se estaban comenzando a discutir en la Facultad de Medicina del Rosario a finales del año anterior, cuando se creó precisamente la División de Educación Médica para coordinar los recién afiliados programas de postgrado y garantizar así, a los egresados, un perfil competitivo en el creciente mercado de trabajo médico urbano.

## **Nuevas expresiones estudiantiles y de los internos y residentes**

En el ámbito de la educación universitaria nacional, poco antes de las elecciones del 16 de abril de 1972, la situación se había vuelto a poner tensa y se multiplicaron los enfrentamientos entre los estudiantes y la policía, a pesar de que muchas de las universidades ya habían sido cerradas “en un régimen de hecho en el que el ejército [garantizó] el control de las universidades [...]”. Las fuerzas militares pusieron en tela de juicio al recién

---

<sup>117</sup> Los acuerdos de esa reunión quedaron plasmados en la Ley 4 de 1973, por medio de la cual se introdujeron modificaciones a la Ley 135 de 1961, promulgada durante el Frente Nacional y que buscaba estructurar legalmente la tenencia de la tierra e inducir una reforma agraria, dejándola prácticamente inaplicable.

nombrado rector de la Universidad Nacional, Santiago Fonseca Martínez, según ellos, por su debilidad ante las protestas y movilizaciones estudiantiles, y lograron su renuncia (Pécaut, 1989: 175-176).

Después de las elecciones, el gobierno de Pastrana Borrero, ya con la estabilidad y la autoridad que le dio el triunfo electoral, recuperó el control de las universidades. En mayo se abandonó la política del cogobierno o de “cogestión”, como también se le llamó (Pécaut, 1989: 215), en buena parte debido a que el MOIR la torpedeó constantemente, pues le interesaba más mantener el conflicto en la Universidad por intereses políticos y culturales “de implicaciones más amplias”, que su reapertura (Pécaut, 1989: 175). El joven ministro de Educación Luis Carlos Galán fue removido y reemplazado por el médico Juan Jacobo Muñoz, de talante más duro, y el rector saliente fue sustituido por Luis Duque Gómez, que tenía “como tarea limpiar la Universidad de elementos indeseables”. Como consecuencia, muchos profesores y estudiantes fueron expulsados de las universidades y varias facultades fueron cerradas (Pécaut, 1989: 215).

Ante esa situación, el Movimiento Nacional Estudiantil reaccionó con más huelgas, pero su organización estaba ya muy debilitada y la intervención militar y la mano fuerte del ministro, quien volvió a cerrar las facultades y las inscripciones de estudiantes, dejó ya al movimiento estudiantil sin aliento. Por su parte, políticos conservadores y liberales, entre ellos Alberto Lleras Camargo, se mostraron partidarios de medidas enérgicas y de un cierre prolongado de las universidades. En noviembre de 1972, el periódico *El Tiempo*, refiriéndose a los procedimientos del nuevo rector, se quejó de que se hubiese utilizado la violencia para contrarrestar la violencia, pero el gobierno, siguiendo los lineamientos del Plan Atcon, prefirió apoyar a las universidades privadas para la formación de los cuadros de la nación. Durante el último conflicto estudiantil, que se presentó antes de las elecciones de 1974, el ejército mató a dos estudiantes de la Universidad Nacional y ya la opinión pública no se conmovió para nada (Pécaut, 1989: 215-216). El objetivo principal de reforma universitaria propuesta por Atcon en contra de la universidad pública y en favor de la universidad privada había triunfado y el Movimiento Nacional Estudiantil quedó exangüe por un buen tiempo.

En la Facultad de Medicina del Rosario se presentaron nuevos acontecimientos estudiantiles en el transcurso de ese año de 1972, como coletazo de estos movimientos que se venían dando en el país desde la década de los sesenta, agudizados a partir de 1971 y ya casi extintos para ese momento. Como se ve en el acta n.º 4 del Consejo Directivo, el Comité Estudiantil dirigió una carta a esta corporación, fechada el 16 de febrero de ese año, para solicitar que se aprobara la asistencia y participación (con voz, pero sin voto) de tres estudiantes a este Consejo. Esta propuesta de los estudiantes del Rosario era un reflejo de lo solicitado por el Programa Mínimo del Movimiento Nacional Estudiantil de 1971<sup>118</sup>. Sin embargo, debido a que esta medida implicaría una modificación del contrato con la Sociedad de Cirugía de Bogotá, el Consejo de la Facultad negó la solicitud. Los estudiantes, por su parte, no tenían la fuerza necesaria para exigirla ni existía ya un movimiento estudiantil externo que pudiera apoyarlos en su solicitud, ni la universidad privada era el espacio más adecuado para este tipo de exigencias en ese momento. El lugar y la hora no estaban ya para reformas<sup>119</sup>.

Por su parte, en este contexto, los internos y residentes del Hospital de San José constituyeron un “Comité de Internos y Residentes” que solicitó reconocimiento al Consejo Directivo y que, entre otras cosas, abogaba por que el internado se pudiera realizar en hospitales diferentes a los señalados por dicho Consejo<sup>120</sup>. No obstante, y muy de la mano con lo sucedido con la solicitud del Comité Estudiantil antes mencionada, la

---

<sup>118</sup> En efecto, este Programa exigió la abolición de los Consejos Superiores Universitarios, debido a que allí tenían asiento representantes externos a las universidades, como la Iglesia, la ANDI, los comerciantes, etc., y en su reemplazo propuso la creación de organismos de gobierno en los establecimientos públicos y privados de educación superior, constituidos de forma democrática y que contemplaban la participación, entre sus miembros, de tres estudiantes y tres profesores, elegidos por voto de sus respectivas organizaciones gremiales. Estos estudiantes participarían con el derecho a voto (El Tigre de Papel-Editores, 1971: 85-86). Llama la atención que, en la solicitud de los estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad del Rosario, se planteaba que sus representantes participarían con voz, pero sin voto.

<sup>119</sup> Acta n.º 4 del Consejo Directivo del 24 de febrero de 1972: 1.

<sup>120</sup> En ese momento, tanto los internos como los residentes del país, estaban muy ligados al Movimiento Nacional Estudiantil a través de su Asociación Nacional de Internos y Residentes (ANIR), la cual había sido creada desde 1962.

Sociedad de Cirugía dio una negativa al reconocimiento de este comité, por razones relacionadas con incompatibilidades en el contrato o en el reglamento vigente<sup>121</sup>.

Esta decisión tuvo como consecuencia la reunión de una nueva Asamblea Estudiantil, en la cual se solicitó la validación del internado en otras instituciones. Como resultado de esta presión, al mes siguiente, en su sesión del 13 de abril, el Consejo Directivo aceptó finalmente esta solicitud y la realización de rotaciones en todos los hospitales aprobados por el Ministerio de Educación y por ASCOFAME, modificando así la Resolución 2 de febrero de 1971<sup>122</sup>.

En el marco de este tipo de expresiones estudiantiles, se presentó un nuevo paro de estudiantes, esta vez de los del tercer semestre de la carrera, con motivo de una gran inconformidad con el docente de la Cátedra de Fisiología, Carlos López Viñas. Los estudiantes exigían su renuncia. Esta situación fue discutida en una sesión extraordinaria del Consejo Directivo en la cual se expidió el siguiente comunicado:

1°. Que la Facultad continúa en el desarrollo del calendario académico aprobado.

2°. Que dicho calendario no puede ser modificado, dada la conformación de sus programas docentes.

3°. Que de acuerdo con el Artículo 41 del Reglamento vigente, no aprobará el curso quien tenga una nota inferior a 2.00 en el examen final, caso en el que incurrirían quienes no lo presentaren.

4°. Que en relación a los alumnos del Primer Semestre y de acuerdo con el Artículo 33 del mismo Reglamento, quien pierda este Semestre no podrá repetirlo y perderá de hecho cupo en la Facultad.

5°. Que, en relación con el problema surgido con los alumnos de Tercer Semestre, el Consejo reitera su voluntad de llegar a soluciones sobre la base de las propuestas presentadas por el Señor Decano, las

---

<sup>121</sup> Acta n.º 5 del Consejo Directivo del 16 de marzo de 1972.

<sup>122</sup> Acta n.º 6 del Consejo Directivo del 13 de abril de 1972.

que a su juicio consultan los intereses tanto del estudiante como de la Facultad en general<sup>123</sup>.

El transcurso del semestre siguió con normalidad, y al finalizar el período académico, el contrato del mencionado docente no fue renovado para el segundo semestre de 1972. Pero, debido a que no se le informó con la debida antelación, el profesor López Viñas demandó a la Universidad del Rosario. Ante dicha situación, el abogado rosarista Álvaro Tafur Galvis, quien formaba parte del Consejo Directivo, señaló que tal demanda no tenía defensa para el Colegio Mayor. Sobre esto, el decano informó que el presupuesto se elaboró en los últimos días de julio de ese año y no alcanzaron a informarle al profesor<sup>124</sup>.

### **La Universidad nombra nuevos miembros en el Consejo Directivo de la Facultad**

Desde el momento de la reapertura de la Facultad se fueron presentando modificaciones en la composición misma del Consejo Directivo, en relación con las personas que formaban parte de él. Por la naturaleza del funcionamiento de la Sociedad de Cirugía de Bogotá, hubo cambios en la presidencia de esta y, quien tenía dicho cargo ejercía a su vez como presidente del Consejo Directivo de la Facultad. En representación de la Universidad del Rosario asistía siempre el rector o su delegado. Como ya vimos, el primer rector que hizo parte de este Consejo fue Monseñor José Vicente Castro Silva, responsable de la reapertura de la Facultad. A su muerte, fue sucedido por el nuevo rector, Antonio Rocha Alvira. Desde el inicio, había fungido a su vez como representante del Colegio ante el Consejo el abogado Hernando Morales Molina. No obstante, en el acta n.º 4 de dicho Consejo, de 1972, consta que, coincidiendo con una nueva composición de la Consiliatura del Colegio Mayor, Morales presentó su renuncia personalmente y, con él, el oftalmólogo Alfonso Tribín Piedrahita<sup>125</sup>.

---

<sup>123</sup> Acta n.º 8 del Consejo Directivo del 6 de junio de febrero de 1972.

<sup>124</sup> Acta n.º 11 del Consejo Directivo del 12 de septiembre de 1972.

<sup>125</sup> Acta n.º 4 del Consejo Directivo del 24 de febrero de 1972.

Como consta en el acta n.º 9 del Consejo Directivo, la renuncia de Morales fue aceptada, pero Tribín fue ratificado en su puesto. En reemplazo de Hernando Morales, ingresó al Consejo Directivo el abogado rosarista y entonces decano de la Facultad de Jurisprudencia, Álvaro Tafur Galvis<sup>126</sup>.

### **Modificaciones al proceso de admisión y a la política de becas**

Desde el comienzo, los aspirantes a la Facultad de Medicina que pasaban el examen de admisión tenían que someterse a dos entrevistas: la primera, realizada personalmente por el rector José Vicente Castro Silva, en el Claustro; y, la segunda, en el Hospital de San José, con alguno de los miembros de la Sociedad de Cirugía de Bogotá. Sin embargo, ese proceso inicial de admisión posteriormente fue configurándose de maneras diferentes. Como consta en el acta n.º 12 del 29 de octubre de 1970, por iniciativa del psiquiatra Luis Carlos Taborda Ramírez, director del Departamento de Psiquiatría, se había establecido, como requisito adicional de admisión, la realización de una entrevista psiquiátrica a los estudiantes. Esta entrevista incluía la elaboración de una ficha que se iría diligenciando a través de toda la carrera<sup>127</sup>. Vale la pena resaltar, además, que en mayo de 1972 se creó un Comité de Admisiones, “constituido por dos miembros del Departamento de Siquiatría (sic)<sup>128</sup> y los tres miembros de [la División de] Educación Médica; doctores Luis Carlos Taborda, Luis A. Cárdenas, Roberto Jaramillo, Antonio Ucrós y Carlos Moreno. La admisión se [haría] tomando en cuenta la Tarjeta del ICFES, final y promedio de notas de Bachillerato”<sup>129</sup>.

Uno de los temas constantes en los devenires estudiantiles de la Facultad eran los auxilios económicos que se venían otorgando a los estudiantes desde 1965, a criterio del Consejo y sin una reglamentación

---

<sup>126</sup> Acta n.º 9 del Consejo Directivo del 27 de junio de 1972.

<sup>127</sup> Acta del Consejo Directivo n.º 14, 29 de octubre de 1970.

<sup>128</sup> Valdría la pena resaltar que la palabra correcta debería ser *psiquiatría*, pues en griego la palabra *psique* significa “alma”, mientras que la palabra *sique* quiere decir “breva”.

<sup>129</sup> Acta n.º. 7 del Consejo Directivo del 9 de mayo de 1972.

específica. A partir de 1972, el Consejo tomó una importante decisión en torno al asunto, tal y como consta en la Resolución n.º 3, del 9 de mayo, por medio de la cual se establecieron los requisitos y procesos para el otorgamiento de becas y descuentos a los estudiantes, teniendo en cuenta criterios como el “desempeño académico, su comportamiento social y moral y su condición económica”. Así mismo, se estipuló que “las becas se otorgarán por el término de un semestre”<sup>130</sup>. Para dar una idea sobre el particular, el presupuesto definido durante ese año para este rubro fue de \$20.000 pesos<sup>131</sup> (monto que equivalía en ese momento a más o menos el valor de tres matrículas).

### **Impacto en el medio de los primeros egresados**

Como consta en el acta n.º 14 de 1972, el decano informó que había recibido comunicación de diferentes secretarios de salud de las regiones en donde los primeros egresados estaban realizando el año rural. Aparicio resaltó que en dichas comunicaciones se hacía evidente que el desempeño de los rosaristas durante su año rural era sobresaliente y que estaban llevando a cabo una gran labor, trabajando con dedicación al servicio de la comunidad. Como consecuencia de lo anterior, el Secretario de Salud de Boyacá puso a disposición de la Facultad la posibilidad de vincular médicos en el Hospital de Puerto Boyacá y, además, Ecopetrol solicitó la presencia de los rurales rosaristas en el Hospital de Barrancabermeja. El Consejo consideró que dichas posibilidades podían ser muy útiles para los médicos egresados de la Facultad y estableció que era necesario ir a visitar los hospitales para tomar una decisión<sup>132</sup>. El resultado de estas visitas se presentó en la primera sesión del Consejo de 1973, y se afirmó que el Hospital de Barrancabermeja no había sido aprobado para la realización del internado, pero que los hospitales de Puerto Boyacá<sup>133</sup> y el de

---

<sup>130</sup> Resolución del Consejo Directivo n.º 3 del 9 de mayo de 1972.

<sup>131</sup> Resolución del Consejo Directivo n.º 9 del 5 de octubre de 1972.

<sup>132</sup> Acta del Consejo Directivo n.º 14 del 23 de noviembre de 1972.

<sup>133</sup> Se informa sobre la firma del contrato con el Hospital de Puerto Boyacá en acta n.º 11 del 2 de agosto de 1973 en el marco del programa de Educación Médica Continuada.

San Félix de La Dorada fueron tenidos en cuenta y sumados a los lugares de rotación de rurales de la Facultad de Medicina de la Universidad del Rosario<sup>134</sup>, pues ofrecían una importante casuística médico-quirúrgica debido a los conflictos sociales que se venían presentando en esta región, en el contexto de las luchas campesinas por la tierra y la resistencia de los sectores terratenientes.

### **Primeros intentos de investigación**

A finales de 1972, como consta en el acta n.º 13 del Consejo Directivo del 2 de noviembre, el Population Council ofreció la suma de treinta millones de pesos, bajo la administración de la Facultad de Medicina, dirigidos a trabajos de investigación sobre control natal<sup>135</sup>. Este hecho se articulaba con las iniciativas de John D. Rockefeller III, enmarcadas en el Programa de la Alianza para el Progreso, de prevenir un aumento poblacional descontrolado en América Latina, tal como estaba sucediendo en Asia. Hecho que podía aumentar la extensión de la Revolución Cubana y sus ideales comunistas en los países vecinos. Esta fue una de las primeras aproximaciones de organizaciones e instituciones internacionales a la Facultad. No obstante, hasta ahora no ha sido posible encontrar la documentación necesaria que permita saber cuál fue el desenlace de dicha oferta.

Como quedó claro en la revisión de actas del Consejo Directivo, solo hasta abril de 1973 hubo una nueva intención, esta vez por parte de la Embajada de Francia, para crear un proyecto de integración entre el Hospital San José y el Hospital Bichat de París<sup>136</sup>. Al igual que en el caso anterior, no hemos encontrado ninguna otra noticia que nos informe del resultado de estos contactos<sup>137</sup>.

---

<sup>134</sup> Acta n.º 10 del Consejo Directivo de 19 de julio de 1973: 2.

<sup>135</sup> Acta n.º 13 del Consejo Directivo del 2 de noviembre de 1972: 1.

<sup>136</sup> Acta n.º 4 del Consejo Directivo del 5 de abril de 1973: 3.

<sup>137</sup> Para ese momento no existía una oficina encargada de la investigación que llevara registros de esas actividades, ni otra que se encargara de los procesos de internacionalización.

## **Nuevas protestas de los estudiantes, de los internos y de los residentes**

La primera de estas consistió en que, por medio de carta, en febrero de 1972, los internos de La Dorada expresaron su insatisfacción con la rotación de Ginecología y Obstetricia y con su instructor, y afirmaron que se negaban a cumplirla. Lo anterior planteó importantes debates en el Consejo Directivo alrededor de la pertinencia de mantener esta rotación, pero se dejó claro que no se permitiría que los estudiantes incumplieran con ella y que la Facultad tomaría las medidas necesarias para corregir la situación. Entre estas medidas estuvo la del mantenimiento de la rotación, pero se constituyó una comisión para revisar las condiciones del convenio<sup>138</sup>. Sobre esto, en el acta n.º 5 de 1972, se afirmaba que, efectivamente, era necesario evaluar y actualizar el contrato con el Hospital San Félix de La Dorada<sup>139</sup>.

Adicionalmente y según Edna Cruz Correa, a partir de 1973 se había iniciado una serie de huelgas estudiantiles. La primera estuvo relacionada con la reorganización y puesta en marcha por ASCOFAME de los programas de pregrado y posgrado. En efecto, en abril de 1973, estalló un nuevo paro de los estudiantes de Medicina como apoyo a la huelga de internos y residentes, la cual había surgido por la decisión de ASCOFAME de suspender definitivamente el pago mensual que se hacía a estos médicos en entrenamiento. Transcurridos ocho días, Rueda Montaña, en su calidad de miembro del Consejo, manifestó, en primer lugar, que el paro no podía ser indefinido, ya que afectaba grandemente el rendimiento académico de la Facultad; en segundo lugar, que los internos todavía deberían tener, en ese nivel de la carrera, la calidad de estudiantes; y, en tercer lugar, que los residentes debían entrar a formar parte de la categoría de médicos profesionales. Con esto en mente, el Consejo Directivo emitió un comunicado en el que se instaba a los estudiantes a retomar las clases y se afirmaba que las fechas de los exámenes no se modificarían y su no presentación implicaría la aplicación del reglamento que establecía que, de no hacerlo, el estudiante sería calificado con nota de 0/5. Respecto a la situación de

---

<sup>138</sup> Acta n.º 4 del Consejo Directivo del 24 de febrero de 1972.

<sup>139</sup> Acta n.º 5 del Consejo Directivo del 16 de marzo de 1972.

los internos, se reafirmó la posición de que ellos no podrían graduarse sin haber cumplido con el requisito de cursar y aprobar todas las rotaciones estipuladas en el programa<sup>140</sup>.

A pesar de este comunicado, los estudiantes de la Facultad continuaron con el paro, tanto así que los docentes informaron que en los exámenes trimestrales de abril hubo una ausencia masiva. El decano informó que, en reunión con el Consejo Estudiantil, se llegó al acuerdo de levantar el paro por medio del siguiente comunicado:

Bogotá, abril 25 de 1973. Comunicado. El Consejo Estudiantil, como organismo máximo del estudiantado, y considerando: 1° La dificultad mecánica que se enfrenta para la realización del Calendario académico. 2° La desproporción existente entre el riesgo que se corre y nuestro aporte efectivo al movimiento nacional de Internos y Residentes con la permanencia en cese de actividades, Resuelve. 1° Proponer un levantamiento de paro para el día lunes 30 de abril a las 7 a. m.<sup>141</sup>.

Este comunicado fue firmado por Eduardo Espinosa Facio-Lince y Jesús María Gorrón Suarez, presidente y vicepresidente del Consejo Estudiantil.

Paralelamente, se llevó a cabo una Asamblea Estudiantil en la que se sometió a discusión el anterior comunicado. En esta estuvieron presentes los internos y residentes foráneos<sup>142</sup> del Hospital San José, quienes instaron a no aceptar dicha propuesta. El Consejo Directivo, tomando en cuenta la posibilidad de que perdurara el paro, reafirmó su posición y emitió un nuevo comunicado, en el que consideró que:

Conocida la decisión del Consejo Estudiantil de levantar el paro a partir del próximo lunes 30 de abril, y en pleno acuerdo con el Profesorado de

---

<sup>140</sup> Acta n.º 5 del Consejo Directivo del 12 de abril de 1973: 1-2.

<sup>141</sup> Acta n.º 6 del Consejo Directivo, del 26 de abril de 1973: 1.

<sup>142</sup> Se llamaban *internos y residentes foráneos* a aquellos que, sin haber estudiado Medicina en el Rosario, venían al Hospital de San José a realizar su internado rotatorio o su especialidad, por lo tanto, no hacían parte del cuerpo estudiantil, como tal, de la Facultad.

la Facultad, estudiará de inmediato los mecanismos más aconsejables para asegurar al estudiantado la normal culminación del Semestre en curso, este deja claramente establecido que en caso de no regresar a clases los alumnos el lunes 30 de abril, la Facultad se vería abocada a dar por clausurado el Semestre ya que no habría manera de recuperar tanta pérdida de tiempo y el desarrollo de los Programas sería directamente interferido<sup>143</sup>.

Finalmente, las clases reiniciaron el 30 de abril y, teniendo en cuenta los inconvenientes académicos, entre ellos la ausencia de los estudiantes a los exámenes trimestrales, el Consejo Directivo tomó la decisión de modificar los porcentajes de notas para ese semestre, por medio de la Resolución n.º 07 de 1973. La modificación quedó así: las notas que se llevaban hasta el momento valdrían el 70 % y la calificación del examen final valdría el 30 %. Sin embargo, si bien el Consejo Directivo intentaba mediar las relaciones con los estudiantes, fue enfático en decir que, si los internos no se presentaban a sus puestos, se les cancelarían sus contratos de trabajo con el hospital. Así mismo, los directivos del Hospital San José tomaron la decisión de cancelar el contrato a los residentes con responsabilidades docentes que no se presentaran a trabajar en esa fecha, como había quedado acordado<sup>144</sup>.

Consecuentemente, como se relacionó en el acta n.º 08 de 1973, el Hospital San José, por su parte, emitió un comunicado con fecha del 9 de mayo en el que canceló las becas y las relaciones laborales con los médicos residentes desde el 5 de abril y estipuló condiciones para su reingreso. En esta misma acta, y como consecuencia de lo anterior, el decano afirmó que los residentes se reinscribieron bajo las condiciones impuestas por los directivos de la Facultad y del Hospital y que los internos se encontraban laborando con normalidad. La última condición para estos fue que deberían reponer el tiempo del paro en turnos de urgencias<sup>145</sup>.

---

<sup>143</sup> Acta n.º 6 del Consejo Directivo, del 26 de abril de 1973: 2.

<sup>144</sup> Acta n.º 7 del Consejo Directivo, del 2 de mayo de 1973: 1.

<sup>145</sup> Acta n.º 8 del Consejo Directivo del 17 de mayo de 1973: 1.

En el contexto de estas manifestaciones y discusiones sobre la condición de los estudiantes, de los internos y de los residentes, los directivos de los hospitales de provincia, prevenidos por los movimientos huelguísticos recientes, solicitaron a la Facultad de Medicina del Rosario asesoría y apoyo, bajo la condición particular de que aceptarían internos, solo si esta los pagaba. Para solucionar este conflicto, el miembro del Consejo Directivo Rueda Montaña afirmó que las rotaciones de los internos deberían ser solo para quienes habían estudiado en la Facultad y, por tanto, estas rotaciones deberían, a su vez, ser programadas desde la Facultad, solo para los hospitales afiliados a ella y que, adicionalmente, deberían dejar de tener un carácter laboral<sup>146</sup>.

En la siguiente reunión del Consejo, Rueda Montaña informó que se estaba elaborando un proyecto en ese sentido que permitiría, además, la aceptación de un mayor número de internos y se evitaría, hasta donde fuese posible, toda relación laboral con ellos. Así mismo, el decano anunció que, precisamente bajo este criterio, el Hospital de Puerto Boyacá ya se encontraba bajo el control de la Facultad y que era posible que los hospitales del departamento del Tolima siguieran el mismo plan<sup>147</sup>. Con respecto a la situación de los residentes, el Consejo, en su reunión del 2 de agosto, decidió trasladar este sistema a la categoría de posgrado, completamente dependiente de la Facultad, que, a fin de cuentas, estaba a cargo de la instrucción y de la emisión de los títulos<sup>148</sup>.

### **Dificultades presupuestales, alza de matrículas, nuevas protestas estudiantiles y la propuesta de crear una fundación de apoyo a la Facultad**

En las actas del Consejo Directivo de 1972 no se hacía mención explícita a problemas de presupuesto, pero en 1973 se reflejaron las consecuencias de las maniobras presupuestales de este año, ya que al inicio de este se volvieron a manifestar los problemas económicos, que resultaron en la decisión

---

<sup>146</sup> Acta n.º 9 del Consejo Directivo del 14 de junio de 1973: 2.

<sup>147</sup> Acta n.º 10 del Consejo Directivo del 19 de julio de 1973: 2.

<sup>148</sup> Acta n.º 11 del Consejo Directivo del 2 de agosto de 1973: 2.

de “[la aprobación] de modificar [los ingresos] del Segundo Semestre con un aumento del 5% semestral a partir de agosto de 1.973 para todos los alumnos”. No obstante, estas discusiones estaban enmarcadas en una serie de debates sobre el futuro económico de la Facultad, entre los cuales, por ejemplo, había una alta demanda de bachilleres interesados en ingresar a dicho programa, pero el cupo estaba limitado a cincuenta. Una posibilidad para obtener mayores ingresos, por concepto de matrículas, era aumentar el número de admitidos en primer semestre, pero ello implicaría hacer inversiones y no había presupuesto disponible. Por lo anterior, el Consejo determinó hacer un proyecto de inversiones en el que se tuvieran en cuenta las consideraciones para el porvenir de la Facultad<sup>149</sup>.

Incluido en estas discusiones estaba el tema de los cupos y del currículo, con respecto a lo cual Mario Negret propuso que se disminuyera el currículo de 10 a 8 semestres y se aumentara al doble el número de cupos para poder solucionar los problemas presupuestales. Sobre esto se afirmó que se podría aplicar la propuesta de las siguientes maneras: 1) disminuir el tiempo y aumentar los alumnos; 2) acortar el currículo y cerrar las admisiones de primer semestre por un período académico; y 3) solo disminuir el tiempo de currículo. El Consejo encargó al doctor Guillermo Rueda Montaña para que elaborase un plan sobre el aspecto académico de estas propuestas<sup>150</sup>. Sin embargo, en sesión del 19 de julio de 1973, debido a varias objeciones manifestadas hacia esta propuesta, Mario Negret retiró su proyecto, y se decidió finalmente por un aumento del 5% en las matrículas del segundo semestre de ese año<sup>151</sup>.

A finales de 1973, el decano se reunió con el Consejo Estudiantil para discutir el presupuesto de rentas y gastos para 1974, hecho muy significativo ya que fue el primer registro de una participación o consulta a los estudiantes sobre temas presupuestales y administrativos de la Facultad, aunque fuera solo una cuestión procedimental<sup>152</sup>. Relacionado con este

---

<sup>149</sup> Acta n.º 2 del Consejo Directivo del 25 de enero de 1973: 2-3.

<sup>150</sup> Acta n.º 4 del Consejo Directivo del 5 de abril de 1973: 2.

<sup>151</sup> Acta n.º 10 del Consejo Directivo del 19 de julio de 1973: 2.

<sup>152</sup> Acta n.º 15 del Consejo Directivo del 19 de noviembre de 1973: 1.

hecho, en el segundo Consejo Directivo de 1974, el decano presentó el presupuesto de ese año, que contaba con un déficit de \$229.849.45, el cual fue aprobado en esa misma sesión<sup>153</sup>.

A inicios de 1974, se volvieron a presentar protestas estudiantiles por las alzas de las matrículas, razón por la cual el decano y, por separado, el rector Carlos Holguín Holguín, sostuvieron reuniones con representantes del Consejo Estudiantil para discutir el presupuesto aprobado argumentando que las alzas se justificaban dados los gastos de mantenimiento y de adquisición de equipos y contratación de personal. Como resultado de este encuentro, para que las alzas en las matrículas o cambios fuesen menos traumáticas para los estudiantes, se llegó al acuerdo de que el aumento del número de alumnos fuera fijo por año y proporcional a los semestres.

Finalmente, el Consejo Directivo decidió dar a los estudiantes las siguientes alternativas:

1. Mantener el mismo número de estudiantes, ya que el Hospital de San José no tenía suficiente espacio físico para recibir más alumnos;
2. Que los semestres más adelantados tendrían el mayor aumento de la matrícula;
3. Definir un aumento fijo del valor de la matrícula por año y;
4. Conseguir financiación de las matrículas a largo plazo.

En esta misma acta se señaló que se podían establecer convenios con bancos para obtener crédito directo a un año, destinado al pago de la matrícula<sup>154</sup>.

En la siguiente reunión del Consejo Directivo del 14 de mayo, el decano informó que, a pesar de haber acordado con los líderes estudiantiles que el alza a la matrícula debía mantenerse, la Asamblea Estudiantil había emitido un comunicado con fecha del 9 de mayo, en la que exigía:

---

<sup>153</sup> Acta n.º 2 del Consejo Directivo del 31 de enero de 1974: 1.

<sup>154</sup> Acta n.º 3 del Consejo Directivo del 4 de abril de 1974: 1.

1. Congelación de Matrículas para todos los alumnos; 2. Manejo de los fondos de matrículas por la Facultad; 3. Financiación de la educación por el Estado; 4. Denunciar al Consejo Académico falta de compromiso docente de algunos profesores; 5. Responsabilizar al Consejo Académico y Directivas de la Facultad por el bajo nivel académico y tendencia alcista de las matrículas; y, 6. Participación estudiantil en el Comité de Admisiones de la Facultad<sup>155</sup>.

Posteriormente, el 13 de mayo, se declaró una Asamblea Permanente, hasta obtener “completo esclarecimiento” de las demandas planteadas. Sin embargo, el Consejo, manteniendo su posición, resolvió dejar el calendario académico sin ninguna modificación, notificando a los padres de familia las consecuencias que tendrían los estudiantes por faltar a clase y a los exámenes. Así mismo, reafirmó que se mantendría el alza de las matrículas como se había estipulado<sup>156</sup>. Como consecuencia de esto, se reanudaron las actividades académicas.

En la siguiente sesión del Consejo Directivo, como un intento para dar solución al problema de las alzas en las matrículas, el decano informó que se llegó al acuerdo de conformar una comisión para estudiar esta situación. Esta comisión estuvo compuesta por dos padres de familia, dos profesores, dos estudiantes, dos representantes del Consejo Directivo y el decano de la Facultad<sup>157</sup>. Es importante destacar que esta fue la primera vez que se permitió la vinculación de estudiantes con voz y voto a una comisión que tendría repercusión en las decisiones administrativas de la Facultad.

En la primera reunión de la comisión, se llegó a las siguientes conclusiones:

- a). Fijar el valor de las matrículas en la misma suma que se pagó en enero de 1974. b) Crear una Fundación “Facultad de Medicina del Rosario” dirigida por un Representante del Colegio del Rosario, dos

---

<sup>155</sup> Acta n.º 4 del Consejo Directivo del 14 de mayo de 1974: 2.

<sup>156</sup> El precio de la matrícula para primer semestre quedó en \$11.025 pesos.

<sup>157</sup> Acta n.º 5 del Consejo Directivo del 27 de junio de 1974: 2.

Representantes de las Directivas de la Facultad, dos Representantes de los Padres de Familia, un Representante de los Profesores, y un Representante de los Estudiantes. c) Exigir de los Padres de Familia un sobrecargo de matrícula como donación a favor de la Fundación, de acuerdo a la Renta Líquida de la última liquidación oficial, según una tabla progresiva de \$550 a \$1.100 y de \$20.000 de Renta Líquida en adelante<sup>158</sup>.

Álvaro Tafur, representante al Consejo por parte del Colegio, fue comisionado en esta reunión del Consejo para informar al rector de la decisión tomada y para solicitar su visto bueno. En julio de ese mismo año de 1974, el Consejo volvió a discutir la cuestión de la conformación de la Fundación “Facultad de Medicina del Rosario” y, al respecto, se definió que, en caso de que la Fundación fuese aprobada, todo colombiano o extranjero que no declarara renta en Colombia, debería pagar la donación máxima estipulada, es decir, \$20.000<sup>159</sup>. En todo caso, el asunto quedó pendiente hasta que se conociera el veredicto del rector.

### **Crisis y reorganización del Departamento de Medicina Preventiva**

El 5 de abril de 1973, el profesor Álvaro Martínez Cruz, jefe del Departamento de Medicina Preventiva, creado en 1969, solicitó ser relevado de su cargo. Esta decisión se debió a las tensiones que surgieron con estudiantes y otros docentes de la Cátedra de Salud Pública. Dichas tensiones estuvieron motivadas por conflictos entre los estudiantes y el médico Santiago Perdomo, profesor de la Cátedra de Demografía. Estos se agudizaron luego, en una reunión de Martínez Cruz con los estudiantes y los profesores del Departamento, en la cual los alumnos hicieron varias críticas al Programa. Como consecuencia, Martínez Cruz, al no sentirse respaldado por los docentes del Departamento, presentó su renuncia. El Consejo Directivo le sugirió que se mantuviera en el cargo hasta final del

---

<sup>158</sup> Acta n.º 5 del Consejo Directivo del 27 de junio de 1974: 2.

<sup>159</sup> Acta n.º 6 del Consejo Directivo del 17 de julio de 1974: 1.

semestre y el señor decano fue comisionado para buscar una solución a esta situación<sup>160</sup>.

Al iniciarse el segundo semestre de 1973, todavía persistían los problemas en el Departamento, puesto que no se había logrado encontrar reemplazo para Martínez Cruz, a lo que se sumó a una serie de ausencias de los profesores y otras situaciones relacionadas con modificaciones al currículo. El candidato inicial para reemplazar a Martínez Cruz fue el profesor Guillermo Llanos. No obstante, este declinó la aceptación de dicha posición y renunció a su cargo de docente, pues tenía programado viajar a Cali para vincularse a la Universidad del Valle<sup>161</sup>. Finalizando el año, gracias a que se logró firmar contrato con el Centro Regional de Población para que se encargara de cubrir las cátedras vacantes, el Departamento logró retornar a su normalidad<sup>162</sup>.

Finalmente, y como consta en el acta n.º 16 del Consejo Directivo de diciembre 13 de 1973:

El señor Decano informa que la situación en la cátedra de Medicina Preventiva está en vía de solución con el doctor Juvenal Rodas Botero quien se trasladará de Medellín a Bogotá, para hacerse cargo de la Jefatura de este Departamento; se espera la opinión del jefe del Servicio Departamental de Salud de Antioquia autorizando el traslado del doctor Rodas para solicitar su nombramiento a la Secretaría de Salud Distrital, [así como] su nombramiento como jefe del Centro de Salud Jorge Bejarano anexo al Hospital de San José<sup>163</sup>.

No se tiene noticia clara del momento de la vinculación de este docente, pues desafortunadamente no se pudieron encontrar las resoluciones del Consejo del año 1974, pero, a juzgar por lo afirmado en el acta del 13 de diciembre de 1973, el profesor Juvenal Rodas debió ser contratado para el primer semestre de 1974, pues su nombre se menciona en el acta

---

<sup>160</sup> Acta n.º 4 del Consejo Directivo, del 5 de abril de 1973: 2.

<sup>161</sup> Acta n.º 11 del Consejo Directivo del 2 de agosto de 1973: 1.

<sup>162</sup> Acta n.º 13 de Consejo Directivo del 13 de septiembre de 1973: 1.

<sup>163</sup> Acta n.º 16 del Consejo Directivo del 13 de diciembre de 1973: 1.

n.º 5 del 27 de junio de ese año, por estar dirigiendo un trabajo de un estudiante, como jefe del mencionado Departamento<sup>164</sup>. Lo que sí es claro es que Rodas aparece ya nombrado como profesor en propiedad y como jefe del Departamento de Medicina Preventiva en la Resolución n.º 2 del 13 de febrero de 1975<sup>165</sup>.

## **Reorganización de la Cátedra de Introducción a la Medicina**

En lo que respecta a la Cátedra de Introducción a la Medicina, según Ricardo Araque y Ruth Pérez de Mesa, en ese año de 1974, Antonio Ucrós Cuéllar dirigía dicha cátedra contando con la colaboración del salubrista Juvenal Rodas, como coordinador general y del cirujano general Hernando Galvis Ordóñez, como coordinador de prácticas. Colaboraban con la cátedra el cirujano plástico Tito Tulio Roa, con el tema de quemaduras, y el psiquiatra Braulio Mejía, en los aspectos relacionados con la salud mental<sup>166</sup>. Además, se vincularon a la cátedra el médico Álvaro Gaitán, para dictar urgencias toxicológicas, el neurocirujano Juan Mendoza Vega, que inició ciclos de conferencias sobre Historia de la Medicina y el urólogo Gustavo Escallón, que realizó sus disertaciones sobre ética profesional. Algunos médicos ya vinculados al Hospital de San José también se integraron a la docencia teórica en la Cátedra de Introducción a la Medicina, entre ellos el radiólogo Hernando Morales, que dictó conferencias sobre medicina y arte; el cirujano Guillermo Rueda Montaña, que disertó sobre historia del Hospital de San José y las enfermeras jefes Estela Tovar y Ana de Ayala, que enseñaron procedimientos básicos (Araque & Pérez de Meza: 122).

Para la época en que se estaba tratando de implementar el Sistema Nacional de Salud, al final del gobierno de Pastrana, la Cátedra de Introducción a la Medicina estaba dividida en dos áreas: una hospitalaria, dirigida por el cirujano, Juan Di Doménico, con la colaboración de la enfermera Estela Tovar; y, una de salud pública, que incluía además la salud mental, a cargo de Juvenal Rodas. Esta segunda práctica se realizaba en

---

<sup>164</sup> Acta n.º 5 del Consejo Directivo del 5 de junio de 1974: 1.

<sup>165</sup> Resolución n.º 2 del 13 de febrero de 1975: 16.

<sup>166</sup> Mejía posteriormente fue reemplazado por Cecilia Burgos de Taborda, en 1978.

el Centro de Salud n.º 6, anexo al Hospital de San José, y en otros centros de salud de la ciudad, utilizando las llamadas “prácticas de observación”. Los estudiantes también participaban como parte del equipo coordinado por Esther King de Russi, quien era la jefe del centro n.º 6, en campañas de vacunación puerta a puerta y de seguimiento epidemiológico a trabajadoras sexuales<sup>167</sup> (Araque & Pérez de Meza: 123).

La Facultad fue pionera en estos acercamientos a las comunidades desde temprano y en la realización de prácticas extramurales fuera de los servicios del Hospital. Sin embargo, esta última experiencia no duró mucho tiempo debido a las quejas de los padres de familia<sup>168</sup> y, por tanto, las prácticas volvieron a limitarse al servicio de Urgencias, las salas de partos y el servicio social del Hospital de San José. Posteriormente, en 1977, bajo la dirección de Antonio Ucrós Cuéllar y de Juvenal Rodas, se reorganizaron las prácticas y se logró que los estudiantes volvieran a salir al Centro de Salud n.º 6, con la colaboración de la enfermera Clara Moreno. Para reforzar las prácticas del Hospital se vincularon las enfermeras Ana Pabón de Ayala, Delfina Muñoz, Mercedes de Vallejo, Ruth Pérez de Mesa y, más tarde, María Teresa de Piñeros, Graciela Morales, Emilia Puerto y Ofelia Rubio (Araque & Pérez de Meza: 123).

### **Las reformas sanitarias del final del gobierno de Misael Pastrana Borrero**

Debido a que las políticas de salud venían siendo coordinadas con la OPS<sup>169</sup>, la situación de las reformas en dicho sector fue más estable que en los demás. La salud continuaba siendo entendida como una inversión para el desarrollo y, en *Las Cuatro Estrategias*, quedaba claro que “el incremento de las inversiones en ese campo no daría resultados benéficos en los niveles de salud si no se [hacía] un esfuerzo sustancial para elevar los aportes que [garantizaran] el pleno funcionamiento de las entidades en

---

<sup>167</sup> Llamadas en esa época “desadaptadas sociales”.

<sup>168</sup> Los padres de familia protestaban porque sus hijas tuvieran que ir a visitar esos lugares y a conversar sobre “temas escabrosos” con las trabajadoras sexuales.

<sup>169</sup> La OPS continuaba siendo la organización multilateral que actuaba como adalid de las propuestas de la Alianza para el Progreso en el campo de la salud.

servicio, y especialmente de las que van terminando”. Igualmente, que “[...] la importancia de la salud dentro de la política de desarrollo [dependía] del grado de integración de las políticas sectoriales, así como de la consistencia interna del plan sectorial de la salud” y que “el aumento de la salud depende de las acciones que se tomen en otros sectores, como la agricultura, educación, vivienda, desarrollo industrial, [...] así como de una acción integral que cobije medidas orientadas al fomento de la salud, a la protección y finalmente a la recuperación de la salud” (República de Colombia. Departamento Nacional de Planeación, 1972: 362-363).

A partir de estos conceptos, claramente expuestos en el plan de las *Cuatro Estrategias*, se inició una discusión teórica, en los ámbitos técnicos del Ministerio de Salud, sobre el tipo de modelo que podría ser más útil para construir un Sistema de Salud de carácter centralista que permitiera mejorar el sector y la organización sanitaria nacional, siguiendo las recomendaciones de las organizaciones internacionales. El punto de referencia fue el documento de la Tercera Reunión de Ministros de Salud de las Américas, el cual recomendaba que, para continuar con los propósitos emanados de la Carta de Punta del Este, se pusieran en marcha planes decenales de salud, comenzando en el decenio, con la instalación de mecanismos que hicieran “viable el logro de la cobertura total de la población por los *sistemas de servicios de salud*<sup>170</sup> en todos los países de la Región” (Organización de los Estados Americanos, 1973: 76).

En estas condiciones, para los funcionarios del Ministerio y los asesores de salud del gobierno de Misael Pastrana, “era de carácter urgente definir cuál sería la alternativa más amplia, segura y viable que permitiera lograr la tan anhelada cobertura total. La idea fundamental era la de crear un Servicio Nacional de Salud [...]. Sin embargo, en el momento de decidir solo se ofrecían dos alternativas: [...] un servicio único de salud o un sistema nacional de salud” (Quevedo et al., 1990: 67). Como consecuencia, el grupo de salubristas planificadores y tecnócratas que ocuparon el Ministerio de Salud Pública, encargado de la integración, y que estaban convencidos de que el Estado debería encargarse de brindarle salud a

---

<sup>170</sup> Cursivas nuestras.

toda la población, llevó al Congreso la propuesta de conformación de un Servicio Único de Salud en 1972.

Con esta propuesta, que tenía en cuenta el concepto de “servicio público”<sup>171</sup> y las experiencias previas en otros países, el grupo de salubristas optó por proponer la creación de un Servicio Nacional de Salud, de carácter único e integrado. Pero, en primer lugar, esta idea implicaba, para el Estado, manejar la salud como servicio público a partir de una unidad de criterios y de políticas, lo que significaba un importante nivel de intervención en todas las instituciones u organizaciones dedicadas a la prestación de servicios de salud, fueran estas estatales o privadas (Entrevista a Guillermo Restrepo Chavarriaga y a Francisco Yepes Luján, citadas por Quevedo et al., 1990: 67-68).

Este modelo de servicio público ya venía siendo aplicado por los países socialistas y por los países capitalistas desarrollados, dentro del esquema de seguridad social (Roemer, 1980: 17-36). Por esto, esta propuesta fue tachada de comunista en el Congreso, asimilándola al modelo defendido y desarrollado por el presidente Salvador Allende en Chile. De esta forma, “el sistema político colombiano, decididamente partidista y excluyente, rechazó en el Congreso la propuesta” (Hernández Álvarez, 2000b: 88). Además, en ese momento, el Estado colombiano no contaba con las posibilidades de intervención directa, como en el caso de los países socialistas, ni con la fuerza y organización económica de los países capitalistas desarrollados. Así mismo, un gobierno de orientación conservadora, como era el caso de Misael Pastrana, no estaba dispuesto a cubrirse con un barniz político de tinte socialista (Entrevista a Guillermo Restrepo Chavarriaga y a Francisco Yepes Luján, citadas por Quevedo et al., 1990: 67-68).

Ante esto, los salubristas estatales dieron un viraje hacia la Teoría General de Sistemas, tratando de diseñar un Sistema Nacional de Salud dentro del cual pudieran convivir todas las viejas formas de prestación de servicios de salud en Colombia. De esta manera, el Congreso le otorgó

---

<sup>171</sup> Según E. Sarria, “se considera como servicio público toda actividad organizada que tienda a satisfacer necesidad e interés general en forma regular y continua de acuerdo con un régimen jurídico especial, bien que se realice por el Estado, directamente o indirectamente, o por personas privadas” (Sarria, citado por Restrepo Chavarriaga & Villa, 1980: 118).

facultades especiales al Ejecutivo para que el cuerpo técnico del Ministerio diseñara dicho Sistema, durante los años setenta. La idea era articular funcionalmente los tres antiguos subsectores que habían dominado en el sector salud desde las tres décadas anteriores: el oficial a cargo del Estado (asistencia pública de caridad y la beneficencia, así como lo que en ese momento se llamaba “salud pública” e implicaba todos los mecanismos de atención y control de epidemias y enfermedades de alto impacto colectivo); el de seguridad social, a cargo del Instituto Colombiano de Seguros Sociales; y el privado, apoyado algunas veces en compañías de seguros de carácter privado (Hernández Álvarez, 2000b: 88-89).

Esta teoría ya había dado resultados útiles en los países occidentales desarrollados, pues “permitía dar respuesta al problema de la diversidad de instituciones prestadoras de servicios y con fortaleza política, así como al enorme crecimiento del sector privado de la atención en salud” (Entrevista a Luis Fernando Duque, citada por Quevedo V. et al., 1990: 68), especialmente en la versión que de esta teoría manejaban las ciencias sociales del momento, basadas en el estructural-funcionalismo de Talcott Parsons (Parsons, 1951). De acuerdo con Restrepo Chavarriaga y Villa, “el sistema siempre es un conjunto de elementos relacionados entre sí, estructurado y con funciones y, por lo tanto, organizado para responder a objetivos comunes”. Según estos autores, se podría deducir que varios sistemas interactuantes conformarían un “macrosistema”, que el conjunto de normas compartidas por estos constituiría un “suprasistema” y que los elementos agrupados dentro del sistema, para cumplir una función específica, serían los “subsistemas” (Restrepo Chavarriaga & Villa, 1980: 127). Esta concepción teórico-metodológica engranaba de manera adecuada no solo para la solución del manejo institucional e interinstitucional (sectorial e intersectorial), común a los países latinoamericanos, sino también con los modelos teóricos de la sociología funcionalista que estaba en la base de la concepción de la sociedad en la que se apoyaba la teoría del desarrollo de la Alianza para el Progreso. Por estas razones, el gobierno colombiano del momento la escogió como punto de referencia para su propuesta de construir un Sistema Nacional de Salud.

En ese sentido fue que se implementaron entonces un conjunto de medidas legales que deberían llevar a la creación de dicho sistema. Estas

incluyeron la Ley 9ª de 1973, que revistió al presidente de la República de facultades extraordinarias para reorganizar tanto el Sistema Nacional de Salud como el Ministerio de Salud Pública; los Decretos Ley n.º 621 y 654 de 1974, por los cuales se revisó la organización administrativa del Ministerio de Salud y se estableció la organización básica de Dirección del Sistema Nacional de Salud; el Decreto Ley n.º 655 de 1974, que estableció el régimen de coordinación de dependencia entre la organización básica de dirección del Sistema y las instituciones y agencias que funcionaban en los subsectores privado, de la seguridad social y oficial y mixto; el Decreto Ley n.º 702 de 1974, por medio del cual se estableció el Subsistema Nacional de Información del Sistema Nacional de Salud; y el Decreto Ley n.º 704 de 1974, que estableció el Subsistema Nacional de Suministro del Sistema Nacional de Salud (Quevedo V. et al., 1990: 69).

Esta organización legal ponía “en marcha los conceptos de la teoría general de sistemas haciendo énfasis en la función directiva y coordinadora del Ministerio de Salud Pública en todo el Sistema” tratando de conservar el control de la salud por parte del Estado, pero “aceptando la heterogeneidad y la fuerza ineludible de la Seguridad Social y de las formas privadas de prestación de servicios” (Quevedo V. et al., 1990: 70).

Desafortunadamente, todos estos Decretos de Ley se expidieron prácticamente al final del período de gobierno de Pastrana Borrero y todo el andamiaje montado por él sería modificado a partir de 1975, por el gobierno de Alfonso López Michelsen, el cual, una vez terminado el Frente Nacional, se guiará por orientaciones teóricas, políticas y económicas diferentes, teñidas ya por las propuestas económicas y políticas neoliberales, como se verá más adelante.

Más allá de la organización de este Sistema Nacional de Salud, en lo referente al campo de la Salud Materno-Infantil, y al de la Planificación Familiar y el Control Natal, estos continuaron siendo impulsados por el gobierno de Pastrana. El convenio con el Programa Materno-Infantil se prorrogó hasta 1972 sin cambio en los compromisos y en 1973 se vincularon a ellos la financiación la USAID y del Fondo de las Naciones Unidas para Actividades de Población (UNFPA), aunque la OPS continuó fungiendo como la instancia de cooperación técnica y ejecución de proyectos hasta 1977 (Sarué y López, 1975, citados por Hernández Álvarez et al., 2002:

188). Con el apoyo del UNFPA, el Programa Materno-Infantil amplió su estructura con los servicios de planificación familiar, que no figuraban en la época del gobierno del presidente Lleras Restrepo. Este giro hacia la planificación familiar cambió totalmente el sentido de la ampliación de la cobertura general de los servicios de salud a toda la población. Tal vez el presidente Pastrana y su equipo de gobierno estaban haciendo eco de la fórmula propuesta por un connotado profesor de la Universidad de Columbia, Jacob Viner, quien decía que desarrollo era “¡aumentar la fertilidad de la agricultura y disminuir la fertilidad de las mujeres!” (Viner, citado por Prebisch, 1993 [1990]: VIII). Pero lo que sí era claro era que el gobierno estaba aceptando la política impuesta por el Banco Mundial en este sentido y que se había iniciado desde 1969. El recién llegado presidente del Banco, Robert McNamara, comenzó a impulsar la política de Planificación Familiar y Control Natal, como una de sus herramientas clave para erradicar la pobreza (Ruger, 2006 [2004]: 113-116).

Aunque lo del aumento de la fertilidad agrícola no funcionó por el bloqueo impuesto por los terratenientes a la reforma agraria, la disminución de la fertilidad femenina sí fue efectiva. Entre 1970 y 1974, la cobertura del programa pasó de 32% a 86%; y, de 44.667 solicitantes nuevas de planificación familiar a 87.641, es decir, se duplicó (Hernández Álvarez et al., 2002: 191). En cambio, no ocurrió lo mismo con los programas de erradicación de enfermedades transmisibles<sup>172</sup>.

### **El regreso del Partido Liberal al poder, la crisis del Estado de Bienestar y el gobierno del presidente Alfonso López Michelsen (1974-1978)**

En agosto de 1974, terminado el Frente Nacional, se posesionó como nuevo presidente de la República el liberal Alfonso López Michelsen, después de una dura contienda electoral con los otros dirigentes de ese partido, como Carlos Lleras Restrepo y Julio César Turbay Ayala, y con los dirigentes conservadores, encabezados por Álvaro Gómez Hurtado, candidato a la presidencia por dicho partido político. Esta contienda copó

---

<sup>172</sup> Para no alargar el tema, el lector interesado puede consultar el trabajo de Hernández y cols. (Hernández Álvarez et al., 2002: 192-203).

el ambiente de los últimos dos años del conflictuado gobierno conservador de Misael Pastrana Borrero, último presidente del Frente Nacional (Pécaut, 1989: 219-245).

Según Enrique Santos Calderón, “[...] con López Michelsen llegó al poder un hombre que había sido de izquierda, fundador del MRL, además hijo de Alfonso López Pumarejo, el presidente de la Revolución en Marcha” (Santos Calderón, 2018: 102). Pero, para el historiador Jorge Orlando Melo, la verdad era que, para el tiempo de su posesión como presidente, López Michelsen y parte de los miembros de su movimiento político, el MRL, ya se habían reintegrado al Partido Liberal. Desde 1967, López había abandonado sus tentaciones reformistas de los tiempos del MRL y había pactado su ingreso al gobierno de Carlos Lleras Restrepo, aceptando el cargo de gobernador del departamento del Cesar y, poco después, el de ministro de Relaciones Exteriores (Melo, 2017: 239).

Como dice Melo, para ese momento López ya “se había alineado con las propuestas de abrir la economía al mundo y liberalizarla” (Melo, 2017: 251), y estaba empezando a apartarse de los esquemas desarrollistas de la Alianza para el Progreso y de los “embelecocos” del Estado de Bienestar. López había iniciado su acercamiento al ideario del nuevo modelo político-económico llamado neoliberalismo, que estaba comenzando a perfilarse como la posible alternativa para enfrentar la nueva crisis del capitalismo mundial, desencadenada a comienzos de la década de 1970.

### ***La crisis del Estado de Bienestar y el nacimiento del modelo neoliberal***

Para comprender el sentido de este cambio en la política económica propuesta por el liberalismo de López Michelsen y toda la influencia que este cambio tuvo para los siguientes gobiernos hasta la actualidad, es necesario hacer un rodeo para explicar lo que significan las propuestas neoliberales tanto en lo económico como en lo político y su impacto en la salud y en la educación, durante todo el último tercio del siglo XX y las dos décadas iniciales del siglo XXI.

Este proceso se inició con la crisis del Estado de Bienestar en la década de 1970. En efecto, entre los años cincuenta y setenta, el Estado Benefactor Europeo, y su variante latinoamericana, el Estado desarrollista

de la Alianza para el Progreso, había pretendido ser un Estado productor, industrial, administrador, educador, salubrista, constructor, agricultor, interventor, garante de la propiedad y de los derechos individuales y regulador del cumplimiento de los derechos y obligaciones sociales de los individuos. Pero, a partir de 1972, este alto número de responsabilidades de inversión condujo, lenta pero progresivamente, a una crisis fiscal del Estado, la cual se agravó por las alzas de los precios de las materias primas y, sobre todo, del petróleo, a partir de 1973. Los países pobres se empobrecieron más y surgió un mayor desequilibrio entre los países pobres y ricos, situación que se agravó por el crecimiento de la deuda externa contraída con las potencias nórdicas.

Según ha planteado Salomón Kalmanovitz, “cualquier sistema capitalista en que el interés supere la ganancia entra en barrena, pues se frena su acumulación, se comprime el consumo y se distorsionan totalmente las señales del sistema, lo cual desfavorece en general el desarrollo del trabajo productivo, fortaleciendo el rentismo, el parasitismo”. En efecto, al final de la década de los setenta, las altas tasas de interés se desataron en el mundo capitalista y la mayoría de los países, tanto desarrollados como de desarrollo tardío, comenzaron a alejarse de las orientaciones keynesianas. A partir de ese momento, los movimientos de derecha del mundo capitalista identificaron a la intervención estatal como la responsable de la crisis que, a partir de ese momento, implicó una combinación de estancamiento e inflación, denominada *estanflación* (Kalmanovitz, 1985: 450).

Ante esta situación, fue surgiendo una crítica al Estado de Bienestar europeo y al Estado socialista soviético, desde una propuesta político-económica que se autodenominó “neoliberalismo”. Según Jairo Estrada Álvarez, ese neoliberalismo habría comenzado a aparecer primero como un movimiento intelectual durante el período entre guerras de la primera mitad del siglo XX. Los primeros teóricos que, hacia la década de los años veinte, conformaron las bases de esta propuesta conceptual fueron los alemanes Erich Sneider, Heinrich von Stackelberg y Hans Peter (Estrada Álvarez, 2004: 16), quienes realizaron una lectura reduccionista, descontextualizada e ideológica (Estrada Álvarez, 2004: 59) de la obra clásica de Adam Smith, *Investigación de la naturaleza y las causas de la riqueza de las naciones* (Smith, 1958 [1776]). “Estos primeros neoliberales vieron en el

individuo, [en] la libre iniciativa, [en] la libre competencia y [en] la noción de un Estado diseñado para mantener el orden jurídico, los fundamentos de la sociedad moderna” (Estrada Álvarez, 2004: 15-16).

No obstante, los postulados más sólidos de ese “nuevo liberalismo” fueron formulados y desarrollados más tarde por varios teóricos alemanes<sup>173</sup> pensando en la necesidad de crear un nuevo orden liberal para “la naciente República Federal de Alemania, en el que se estableciera una clara correlación entre las leyes de la economía nacional y el orden jurídico”. Su objetivo principal era el de configurar un orden global (*Gesamtordnung*) en el que el orden económico —de reglamentación de la oferta y la demanda, de la competencia y del poder económico— se incorporara al orden jurídico. Estos teóricos crearon la llamada Escuela de Friburgo, en la década de 1930, la cual hizo parte del proceso de construcción de una alternativa para la superación de la crisis del capitalismo que, según ellos, había surgido como resultado del intervencionismo de Estado que coartaba la libertad individual, impedía la libre iniciativa y conducía al totalitarismo (Estrada Álvarez, 2004: 16).

En efecto, como lo comenta Estrada Álvarez, “[...] el neoliberalismo alemán representaba una reacción a la ‘economía de mando’ y a la ‘economía planificada’, materializada, según sus teóricos, en el fascismo, en el entonces naciente proyecto socialista de la Unión Soviética, y en el Estado de Bienestar europeo, al tiempo que reivindicaba la libertad económica como fundamento de la libertad política” (Estrada Álvarez, 2004: 16). De ahí surgió la idea desarrollada por uno de esos teóricos, Friedrich von Hayek, de la existencia de una relación funcional entre el libre mercado y la democracia (Von Hayek, 2008 [1946]) y de que “las eventuales imperfecciones sociales a que condujera la economía de libre mercado serían compensadas por la libre iniciativa, que permitía el desarrollo de los individuos” (Estrada Álvarez, 2004: 16). Pero, por su parte, Franz Böhm “indicó la conveniencia de señalarle ‘reglas de juego a la competencia para evitar que imperaran las ‘leyes de la selva’ [...]. La economía de mercado fue definida [entonces] como un ‘orden para la preservación de la libertad’,

---

<sup>173</sup> Entre ellos se destacaron Franz Böhm, Walter Eucken, Ludwig von Mises, Friedrich von Hayek, Ludwig Erhard y Alfred Müller-Armak.

cuyo fundamento sería la interrelación entre el orden económico y el orden político” (Estrada Álvarez, 2004: 16-17). Esta economía de mercado que, según estos neoliberales alemanes, brindaría una máxima productividad, “conducía también a una elevada desigualdad social, la cual se acentuaba aún más con la tendencia a la monopolización, provocando una reducción de los rendimientos productivos”. Por ello, surgieron propuestas alternativas como la de Müller-Armack, quien planteó la idea de una *economía social de mercado* (Estrada Álvarez, 2004: 18).

En resumen, el aporte del neoliberalismo alemán consistió en el desarrollo de las tesis sobre la construcción de un *orden global* en el cual “se interrelacionen el orden económico con el orden político y el orden social”, a partir de un sistema de normas constitucionales y legales “que garanticen las reglas del juego en los diferentes ámbitos”. Para ello se requeriría un Estado fuerte cuya función sería “la preservación del orden construido” (Estrada Álvarez, 2004: 18-19).

En 1947 se creó la Sociedad Mont Pelerin, en cuya fundación desempeñó un rol primordial Friedrich von Hayek, como expresión de este movimiento intelectual. En su obra *Camino de servidumbre* (Von Hayek, 2008 [1946]), este intelectual neoliberal reafirmó las tesis del movimiento, como son la

defensa radical de una organización social basada en el mercado, [...] la crítica a la intervención del Estado [en la economía y en la vida social], que era apreciada no sólo como una forma de coacción de la libertad sino como un camino a la esclavitud [...]. Esta obra se convirtió en un verdadero manifiesto neoliberal contra lo que se consideraba como totalitarismo: el fascismo, el comunismo y el intervencionismo de Estado de corte keynesiano. (Estrada Álvarez, 2004: 19)

### ***El monetarismo como fundamento del neoliberalismo norteamericano y los inicios del modelo neoliberal en América Latina***

Durante la segunda posguerra, Von Hayek se trasladó a vivir a los Estados Unidos y, en la década de 1950, creó la Escuela de Chicago, en compañía de su alumno Milton Friedman y de otros economistas más. Friedman se

convirtió en el más destacado exponente de esta Escuela (Estrada Álvarez, 2004: 19) y en divulgador de las propuestas neoliberales en los Estados Unidos, en Gran Bretaña y en América Latina, planteando la reducción del papel del Estado en los asuntos económicos y el aumento del rol de los individuos; culpabilizando al principio de “igualdad” como causa de la crisis del sistema económico en el marco de un Estado paternalista, “que favorece a los ineficientes y castiga a los diligentes”<sup>174</sup>. Como alternativa, propuso que el nuevo ámbito de intervención del Estado debería ser el del *control monetario*, o monetarismo (Friedman, 1966: 17-19).

Según Salomón Kalmanovitz, el *monetarismo* tiene cinco características fundamentales:

- Primera, los monetaristas propusieron políticas para liberar

al capital de las obligaciones sociales que habían sido contraídas por los sectores reformistas en el curso histórico de la lucha de clases, pretendiendo así aumentar las ganancias efectivamente apropiadas por los capitalistas. En el plano sindical y los sitios de trabajo, ellos buscaban aumentar desproporcionadamente el grado de explotación, lo mismo que aquellas otras orientaciones que pretendían aumentar el desempleo de un número apreciable de trabajadores. (Kalmanovitz, 1985: 460)

Esto significaba recortar las libertades públicas y sindicales, disminuir los salarios reales, reducir las prestaciones sociales y contraer el gasto público social, así como aumentar el gasto en ley y orden, reducir los impuestos de los ricos y aumentar los que pagan los pobres (casi siempre indirectos, como el impuesto a las ventas). Según ellos, esto implicaba la búsqueda de la eficiencia, el desarrollo de la competencia y el combate a la corrupción administrativa y a los privilegios de los subsidios oficiales. Es decir, que aunque el discurso económico era muy liberal, el discurso político estaba “signado por el más intransigente conservadurismo,

---

<sup>174</sup> Esta tesis enmascara las contradicciones internas del sistema capitalista basado en la explotación del otro.

el autoritarismo y el atropello a los derechos humanos y a todas las libertades que son el resultado de la larga lucha histórica de las clases dominadas por el capitalismo. Hay libertad plena para el gran capital y opresión para todos los demás” (Kalmanovitz, 1985: 460-461).

- Segunda, los monetaristas basaban “sus esperanzas en las fuerzas del mercado, libre de ataduras estatales y hasta [llegaron] a insinuar que los ciclos y las crisis capitalistas no [eran] el resultado lógico de las leyes de funcionamiento de este sistema, sino el producto de un manejo monetario equivocado de los gobiernos de turno”<sup>175</sup>. Ellos consideraban que cualquier reglamentación que se impusiera al capital en nombre del bien común conducía a la ineficiencia porque disminuía la apropiación de la ganancia por el capitalista<sup>176</sup>: “[...] eficiencia y rentabilidad privada se identifican”. Se promovió así, la presencia de grandes terratenientes frente a campesinos y trabajadores pobremente organizados, la consolidación de consorcios financiero-industriales con un gran poder económico y político y la irrupción de empresas transnacionales que se pasan por encima al Estado nacional, y aconsejan debilitarlo “aún más en sus funciones económicas, aunque no en sus funciones represivas” (Kalmanovitz, 1985: 461).
- Tercera, los monetaristas “creen que la inflación es siempre y en todas partes un fenómeno fundamentalmente monetario. Desequilibrios de la balanza de pagos, de la ecuación ahorro-inversión,

---

<sup>175</sup> Las nuevas corrientes de la “teoría de la regulación” muestran cómo las crisis capitalistas son la consecuencia de la imposibilidad de poner en marcha formas de regulación que permitan superar las contradicciones entre los regímenes de acumulación del capital y los regímenes políticos (Aglietta, 2001).

<sup>176</sup> En la lista de reglamentaciones negativas, según los monetaristas, se incluye la seguridad industrial, los salarios mínimos, la prohibición del trabajo infantil, la protección a la maternidad, las medidas de conservación de aguas y bosques, la salvaguarda del aire limpio, el castigo a la contaminación de las aguas y la polución nuclear. En el caso de los países atrasados, los partidarios del monetarismo se oponen también “a la reglamentación de la vida social y económica y, en particular, a las reformas democráticas sobre la propiedad de la tierra, a la existencia de garantías de organización y negociación sindical, a la protección de las comunidades indígenas y al desarrollo de los grupos de presión de las clases medias” (Kalmanovitz, 1985: 461).

del empleo y el mismo ciclo de los negocios, que son consecuencia de perturbaciones monetarias inducidas por errores humanos y no al contrario” (Kalmanovitz, 1985: 461).

- Cuarta, los monetaristas favorecían entonces la circulación monetaria, es decir, la máxima intermediación financiera que fuera posible. Según ellos, los fondos de préstamos “[deberían] provenir del dinero del público y ser captados mediante una tasa atractiva de interés, que equilibre la oferta y la demanda, y no por medio de fondos que emita y maneje la banca central, con tipos de interés determinados administrativamente”. Esta política favorece a los consorcios industriales financieros que, además de servir de intermediarios, se van apropiando de las empresas más rentables. Igualmente beneficia a aquellos que manejan el capital financiero. Según ellos, solo este tipo de mercado es el que permite “encauzar eficientemente el ahorro hacia aquellas actividades verdaderamente rentables, o sea, aquellas cuya tasa de ganancias es superior a un muy alto tipo de intereses” (Kalmanovitz, 1985: 462).
- Y, quinta, los monetaristas propugnaban “una economía abierta al comercio mundial y al flujo internacional de capitales” para favorecer solo a aquellas actividades que, en dicha economía, producen ventajas comparativas internacionales. De esta forma, rechazaban todo tipo de protección arancelaria “y todas las demás reglamentaciones que se levantan entre de la economía nacional y el capitalismo mundial”. A pesar de todas las evidencias en contra, ellos están convencidos “de que la apertura plena de una economía atrasada, desequilibrada y con malos productos de exportación, podrá dar rienda [suelta] al crecimiento económico y proporcionará rápidamente el pleno empleo de las fuerzas de trabajo dentro del más beatífico equilibrio en la balanza de pagos” (Kalmanovitz, 1985: 462).

Estos criterios de Kalmanovitz nos permitirán ir identificando de aquí en adelante la serie de políticas económicas ejecutadas tanto en América Latina como en Colombia, “por las últimas administraciones

neoliberales-conservadoras en los terrenos social, salarial, tributario, monetario y de apertura externa”<sup>177</sup> (Kalmanovitz, 1985: 462).

Volviendo a la crisis de los años setenta y con la Escuela de Chicago a la cabeza, la derecha capitalista llegó a la conclusión de que la expansión de la oferta monetaria basada en el crédito abundante y barato, para los particulares y para el Estado, llevaban necesariamente al alza del nivel de precios. Se planteó entonces que deberían disminuirse los impuestos al capital, pues se adujo que estos producían el deterioro de la rentabilidad, así como la falta de competitividad de los mercados laborales, en la cual influían también las exigencias de los grandes sindicatos, por lo cual se propuso que debían recortarse todos los gastos sociales del Estado, pues ellos habían implicado “la pérdida de disciplina laboral y las bajas en la productividad del trabajo” (Kalmanovitz, 1985: 450).

Estos argumentos hicieron resurgir las recetas ortodoxas en la política económica. Surgió, entonces, la “austeridad monetaria y fiscal como panacea contra la inflación. Las tasas de interés se elevaron en términos reales como resultado de la escasez inducida de dinero y fondos prestables”. En los Estados Unidos y en Inglaterra fueron reducidos los impuestos al capital y los gastos sociales fueron recortados y aumentados los gastos militares. De esta manera, la fe pública en la ingeniería económica desarrollada por los keynesianos cayó en bancarrota (Kalmanovitz, 1985: 450-451).

Para resolver esta crisis que, según los economistas norteamericanos, se hizo muy evidente en el Chile de Salvador Allende<sup>178</sup>, el golpe militar del general Augusto Pinochet de 1973 fue el experimento que, basado en la propuesta monetarista de Milton Friedman, se convirtió en el instrumento puesto en marcha para hacer regresar a este país a la senda del capitalismo dependiente, o neocolonialismo. Esta experiencia puede considerarse como

---

<sup>177</sup> Para un análisis más a fondo de las propuestas neoliberales y de sus críticas fallaces al Estado de Bienestar, véase el libro de Estrada Álvarez (Estrada Álvarez, 2004: 24-33) y el capítulo 8 del libro de Kalmanovitz, titulado *El desarrollo tardío del capitalismo. Un enfoque crítico de la teoría de la dependencia* (Kalmanovitz, 1983).

<sup>178</sup> Esta apreciación era más una disculpa para intervenir en un país que se estaba saliendo del redil impuesto por el presidente Nixon para recuperar las diferentes naciones latinoamericanas que venían criticando las políticas norteamericanas en América Latina durante la Guerra Fría.

el primer laboratorio de experimentación neoliberal en el ámbito mundial. Bajo la asesoría del propio Milton Friedman, estas reformas se basaron en las concepciones monetaristas de la Escuela de Chicago, con el apoyo de una pléyade de jóvenes tecnócratas latinoamericanos formados en esta escuela y que fueron conocidos como los “Chicago Boys”, respaldados por una represión brutal impuesta por el régimen militar contra todos aquellos que criticaban o se enfrentaban a estas reformas. No obstante, las tesis de los Chicago Boys se hicieron aparecer como desligadas de ese contexto político dictatorial y autoritario, al enfatizar públicamente su carácter “técnico e instrumental”, justificando la idea de que la libertad política no estaría en el libertinaje crítico sino en la libertad económica (Estrada Álvarez, 2004: 34-35).

Los resultados de esta experiencia chilena se extendieron luego a las demás dictaduras militares latinoamericanas, como fue el caso de Uruguay, Argentina y Bolivia. Pero también a aquellos países en donde, manteniendo la fachada de la democracia burguesa, se fortalecieron los elementos autoritarios del régimen político, como fue el caso de Colombia, según veremos más adelante. Ese neoliberalismo latinoamericano se inscribió en el marco

de la estrategia de los Estados Unidos para recuperar posiciones perdidas en América Latina [...] respondiendo así a los intereses del capital transnacionales y los grupos económicos nativos [...]. Se trataba de promover la transnacionalización de las economías y la desnacionalización de los Estados del capitalismo periférico, estimulando formas de industrialización satelizada o deslocalizada que respondieran a circuitos productivos internacionales.

Esto implicaba la puesta en marcha de contrarreformas económicas que facilitarían “el flujo del capital productivo y especulativo, redujeran los costos de las fuerzas de trabajo, permitieran la libre explotación de los recursos naturales, estimularan la explotación del capital financiero y redujeran los controles y la participación del Estado en la actividad económica” (Estrada Álvarez, 2004: 34-35).

### ***El proceso de penetración del modelo neoliberal en el país***

En Colombia, los antecedentes de la construcción neoliberal estuvieron asociados con “los límites mostrados por el proceso de industrialización por sustitución de importaciones [promovido por las políticas de la CEPAL y de la Alianza para el Progreso durante el período desarrollista del Frente Nacional], [por] el régimen de acumulación basado en el mercado interno y [por] las tendencias a las crisis de rentabilidad capitalista”. Los comienzos de la transición inicial se pueden identificar en los cambios de la política económica durante la administración de Lleras Restrepo (1966-1970) con su tendencia hacia la promoción de las exportaciones. Según Estrada Álvarez, “si bien la política de tal administración no se puede caracterizar como neoliberal, sí es apreciable un cambio en la orientación del modelo de desarrollo [proteccionista cepalino], hacia la búsqueda de mercados internacionales. Se trataría de una síntesis de políticas que comprenden tanto políticas para el ‘desarrollo hacia dentro’ como políticas para el ‘desarrollo hacia afuera’”. En estas últimas, recuérdese la política de la devaluación “gota a gota”, de la que hablamos cuando nos referimos atrás a esta administración, “el manejo de la tasa de cambio como parte de una política de promoción de exportaciones” y, otras más, que hicieron parte del Plan Vallejo. Igualmente, y a pesar de las resistencias iniciales del gobierno de Lleras, se puede mencionar la implantación de medidas económicas impuestas por el Fondo Monetario Internacional, sin que se hubiese llegado todavía a un programa de ajustes, como lo proponía el modelo neoliberal de la época, pero sí a la injerencia de organismos multilaterales en el diseño de la política económica (Estrada Álvarez, 2004: 65-66).

Después, durante el gobierno de Misael Pastrana se había dado otro momento de instalación de políticas neoliberales, especialmente con la creación del sistema de financiación de vivienda basado en las unidades de poder adquisitivo constante (UPAC), política que, si bien en el discurso gubernamental de la época, se concebía como un componente de la política social, realmente con este sistema se pretendía estimular el mercado de capitales a partir del aumento del ahorro financiero que se generaría, de tal manera que el empleo y el ingreso produjera efectos multiplicadores sobre el conjunto de la economía. “La rentabilidad del negocio se aseguraba

mediante la centralización de los efectos de la inflación sobre el ahorro financiero y la garantía de una tasa de interés lo suficientemente atractiva” (Estrada Álvarez, 2004: 66).

El inicio del decenio de los setenta marcó de manera más clara el retorno de la ortodoxia económica en el mundo y “Colombia no pudo escapar a la inclinación de la economía capitalista internacional; por el contrario, parte de su clase dominante se aferró con fe de carbonero a las nuevas recetas” de las cuales su principal gestor fue Alfonso López Michelsen (Kalmanovitz, 1985: 452).

En efecto, como lo decíamos al comienzo de este apartado, en el gobierno de López Michelsen (1974-1978) se dio un intento más consciente y consistente de reforzamiento de las políticas neoliberales. Para ese momento, dicho modelo económico-político, tenía ya cierto

reconocimiento internacional, primero porque ofrecía fórmulas para enfrentar la inflación en una economía capitalista mundial en la que este fenómeno confluía con la crisis de crecimiento<sup>179</sup> y daba lugar a la *estanflación* [...]; y segundo, por cuanto se encontraba en marcha la aplicación de las políticas neoliberales por parte de los Chicago Boys de Pinochet en Chile, especialmente a través de la política de privatizaciones. (Estrada Álvarez, 2004: 66)

### ***El neoliberalismo restringido de López Michelsen***

Durante su campaña presidencial, López Michelsen “había anunciado las grandes líneas de una política económica que constituía, en ciertos aspectos, una ruptura en relación con la de sus predecesores. Rigor monetario, reorganización de la industria, prioridad a la agricultura, esfuerzo social hacia los más desfavorecidos eran los puntos principales”. La lucha contra la inflación; la reforma del sistema tributario, al que consideraba atrasado; la modificación de las subvenciones repartidas a diestra y siniestra que,

---

<sup>179</sup> De esta manera se iniciaba la crisis del patrón keynesiano de política económica, el cual se basaba en una política fiscal expansiva y del financiamiento inflacionario del déficit.

combinadas con las exenciones fiscales, hacían del UPAC un medio de especulación; las rigideces relacionadas con las estructuras monopolistas y con los privilegios de ciertos asalariados; “la industria mantenida al abrigo de toda competencia verdadera en el marco de un esfuerzo de sustitución de importaciones”; la agricultura, que debería ser dotada de recursos de crédito mucho mayores; y la situación social que exigía la concertación con los asalariados y las ayudas “para la salud, la educación y la vivienda, de los que están al margen de la economía moderna”, eran los problemas que López pretendía enfrentar durante su Mandato Claro (Pécaut, 2006: 214). Según Juan Lozano y Lozano, “el presidente colombiano, liberal, estaba decidido a abarcar y dar solución a una amplia serie de asuntos económicos y sociales, y no estaba dispuesto, para lograrlo, a ceñirse a una metodología con exclusión de otras posibles” (Lozano y Lozano, citado por Randall, 2007: 316).

Y, como lo comenta Stephen J. Randall, uno de los biógrafos más reconocidos de López Michelsen, antes de posesionarse, el presidente electo

ya tenía bajo el brazo un ambicioso programa para los primeros 100 días de su gobierno [...] aún antes de que se confirmara ante el público que Rodrigo Botero sería el Ministro de Hacienda, este ya había conformado un equipo económico [...] [que trabajo] hasta tarde en las noches preparando una serie de medidas destinadas a dar solución a los problemas económicos más apremiantes que el país enfrentaba. (Randall, 2007: 313-315)

El día de su posesión, López pronunció su discurso *Mandato claro para un gobierno de centro-izquierda* y, en él, entre otras cosas, sintetizó algunos de los elementos de su plan económico de estabilización. En ellos incluyó el tema de una reforma tributaria, la necesidad de alejar al país de la dependencia de la exportación del café, de poner en marcha una expansión del comercio con los países socialistas y un aumento en el desarrollo de los recursos energéticos. López argumentó “que el país necesitaba, además, aumentar el grado de contribución a la balanza de pagos, de la explotación de algunos minerales como el oro, los sulfatos y el níquel, más aún a la luz

del declive de los precios internaciones del café y el algodón”. El presidente y su equipo estaban en favor de desplazar la política de sustitución de importaciones impulsada por el economista argentino Raúl Prebisch, así como por la CEPAL desde los comienzos de la política desarrollista de la Alianza para el Progreso. Se trataba de alejar a Colombia de una política económica proteccionista, para reducir el papel del Estado, promover la libre empresa y aumentar la inversión extranjera. Todo esto reflejaba lo que ya estaba comenzando a darse en los países de América Latina a principios de los años setenta, y especialmente, en el régimen orientado por los Chichago Boys en Chile. Como comentario a estas propuestas de cambio, el propio Randall afirmaba: “el neoliberalismo encontró entonces un buen defensor en López Michelsen, quien hablaba de que Colombia se convirtiera en el Japón de Latinoamérica; en esta misma línea su administración buscó además hacer uso del Estado para mejorar los servicios sociales y de cuidado de la salud [y] la educación”<sup>180</sup> (Randall, 2007: 323).

En esa línea político-económica, el gobierno de López buscó la asesoría de Ronald McKinnon proveniente de la Universidad de Stanford, otro bastión de las teorías neoliberales en el mundo académico internacional. McKinnon se encargó de diseñar la reforma tributaria y la reforma financiera para impulsar la expansión del mercado de capital, recogiendo la tesis neoclásica de que la inversión es una función del ahorro. “Los problemas del crecimiento se explicaban por los bajos niveles de ahorro, los cuales, por su parte, se originaban en la inexistencia de un mercado de capitales”. Con la reforma financiera, McKinnon pretendía superar esta situación, generando nuevas condiciones para el crecimiento económico. El gobierno de López pretendió moverse hacia una política de estímulo a la actividad financiera, compartida con políticas para el sector productivo. Se apreció así una expansión del negocio financiero y un incremento de la especulación financiera, que condujo a la crisis del sector al comienzo de la década de los ochenta. López también intentó, sin éxito, una política

---

<sup>180</sup> El biógrafo parece no comprender que tratar los servicios sociales y el cuidado de la salud y la educación en programas sociales era otra estrategia del modelo neoliberal para liberar al Estado de los gastos que le implicaban garantizar el derecho a la salud y la educación.

monetarista para reducir la inflación, inscrita en los recetarios de Milton Friedman y una reforma del mercado de trabajo y la legislación laboral, intentando, fallidamente, introducir el salario integral. Todos estos cambios “sucumbieron con el más importante movimiento de protesta social del siglo pasado, el paro cívico nacional de 1977”<sup>181</sup> (Estrada Álvarez, 2004: 66-67).

Si bien el gobierno de López coincidió con la crisis mundial de 1974-1975, la más aguda y profunda después de la gran depresión de 1933, sus impactos no afectaron de forma importante la economía colombiana, a diferencia de lo ocurrido con la mayoría de los otros países latinoamericanos. Este fenómeno es explicable, en buena parte, por los efectos favorables de la bonanza cafetera de 1976-1978 y los de la “bonanza marimbera”, o de la marihuana, de 1978 a 1983 (Estrada Álvarez, 2004: 67). Según Kalmanovitz, “[...] ambas afectaron perversamente al conjunto de la economía [colombiana] al financiar y abaratar las importaciones y encarecer las exportaciones —efectos ambos de la revaluación del peso frente al dólar—, contribuyendo así a la desindustrialización del país” (Kalmanovitz, 1985: 449).

Pero la política de López, un tanto ecléctica, como lo diría en palabras más elegantes Lozano y Lozano, citado atrás, tenía algunos visos contradictorios pues, de todas formas, los regímenes político y económico implantados por el gobierno de López Michelsen no pueden considerarse un modelo del todo típico neoliberal, pues este consistió en una lenta y disimulada transición desde el modelo desarrollista hacia el típicamente neoliberal<sup>182</sup>. No obstante, todas estas nuevas políticas económicas tendrán una significativa influencia en el futuro del país y en el desarrollo de la salud, de la práctica y de la educación médica.

---

<sup>181</sup> Para un análisis más a fondo de este proceso, véase el capítulo 8 del texto de Salomón Kalmanovitz (Kalmanovitz, 1985: 449-512).

<sup>182</sup> El modelo económico y político neoliberal terminará instaurándose progresivamente en los gobiernos siguientes hasta llegar a su entronización definitiva durante el gobierno de César Gaviria Trujillo, al comienzo de la década de los noventa.

## **López Michelsen y la instauración definitiva de un Sistema Nacional de Salud compatible con el modelo neoliberal**

En lo que respecta a la política de salud, López Michelsen también abandonó la idea desarrollista y keynesiana, impulsada por Prebisch y apoyada por la OPS, de entender la salud como un derecho y como una inversión para el desarrollo y comenzó a verla como un gasto y un servicio social. Por lo tanto, en su Plan de Desarrollo, 1975-1978, titulado *Para cerrar la brecha*, no la incluyó entre las políticas de inversión sino entre los programas sociales (República de Colombia. Departamento Nacional de Planeación, 1976: 131-139). Esto lo complementó con la propuesta planteada desde su campaña presidencial, de poner en marcha el Sistema Nacional de Salud tan anunciado, y no logrado, por los últimos gobiernos del Frente Nacional. Curiosamente, y en forma contradictoria con su propuesta política neoliberal planteada para la salud en *Para cerrar la brecha*, el Sistema Nacional de Salud se organizaría por la vía de la integración de los servicios y la planificación impulsada por los asesores desarrollistas de la OPS y la OMS. Esto hacía parte de su consigna de convertir al país en el “Japón de Sudamérica” (Palacios, 1995: 268-270).

Pero, como bien lo anotan Mario Hernández y colaboradores, “[...] tan elevada aspiración terminó siendo substituida por una retórica que promovió las críticas iniciales a las políticas desarrollistas y del bienestar, [impulsadas] por el Banco Mundial, al lado de sus llamados a la descentralización fiscal, la privatización de los servicios y la liberalización del comercio” (Hernández Álvarez et al., 2002: 218), estrategias, todas ellas, finalmente más coherentes con sus intenciones de neoliberalizar la política sanitaria y la economía que favorecían el nuevo régimen de acumulación financierista de capital, que en el caso de la salud se apoyaba en la propuesta de Lalonde y Blum, de la que hablaremos más adelante.

Como consecuencia, al comenzar el año siguiente de su posesión, se inició la transformación de la legislación relacionada con la salud, en la cual ya no era tan evidente la intención intervencionista y centralista reflejada en la versión que había dejado armada, al menos en decretos, el presidente Pastrana Borrero del Sistema Nacional de Salud. Tampoco era “tan explícita la presencia de los subsectores dentro del sistema, y las

funciones de dirección y coordinación del Ministerio [pasaron] a ser más de tipo vigilancia y control” (Quevedo V. et al. 1990: 70).

Al respecto, el Decreto n.º 056 del 15 de enero de 1975, en su artículo primero, planteaba que el Sistema Nacional de Salud debería ser entendido como “el conjunto de organismos, instituciones, agencias y entidades que tengan como finalidad específica procurar la salud de la comunidad, en los aspectos de promoción, protección, recuperación y rehabilitación” (Quevedo V. et al., 1990).

En efecto, este Decreto 056 modificó al Decreto 654 del 10 de abril de 1974, excluyendo del Sistema Nacional de Salud los aspectos administrativos de dirección, ejecución y coordinación a los que este se refería. En este sentido, el artículo segundo de este mismo Decreto 056 definió como “entidades adscritas” al Sistema todas aquellas de asistencia pública que tuvieran personería jurídica de derecho público y prestaran servicio social a la comunidad, recibieran o no aportes del Estado y, como “entidades vinculadas”, todas las personas jurídicas de derecho privado que prestaran servicio social a la comunidad recibieran o no aportes del Estado, aunque no tuvieran el control y la vigilancia a la que se refería al artículo 120, ordinal 19 de la Constitución Política. A diferencia del Decreto 654 de 1974, este nuevo decreto dejó de lado a la Seguridad Social y, de alguna forma, al subsector privado. Se diluyó así la intención interventora del Estado que pretendía preservar la legislación promulgada al final del gobierno de Pastrana (Quevedo V., 1990: 70-72).

En ese contexto, los hospitales públicos comenzaron entonces a sufrir la falta de recursos, y la fuerte competencia del sector privado y de la Seguridad Social. Detrás de esta situación estaba la propuesta publicada por el ministro de Salud de Canadá, Marc Lalonde, y respaldada por el epidemiólogo Henrik L. Blum, que estaba ya siendo estudiada por los funcionarios del Ministerio de Salud, la cual afirmaba que no valía la pena que el Estado invirtiese en las instituciones de prestación de la atención médica, pues, además de ser muy costosas, no habían logrado nunca resolver el problema de la salud de las poblaciones. Alternativamente, proponía que estos servicios de atención médica fueran delegados por el Estado al capital privado, o más precisamente al capital financiero, para que los

manejara y los volviera negocio, quitándole de encima esos “gastos” al Estado. La propuesta de Lalonde centraba su foco en el comportamiento de los individuos como la principal causa de enfermedad y proponía la “promoción” de estilos de vida saludables como fundamento de una “salud comunitaria”, organizada y coordinada por las propias comunidades (Blum, 1974; Lalonde, 1974).

Esta propuesta de Lalonde y Blum creaba, pues, un doble espacio para una nueva política sanitaria. Por un lado, abría la puerta para que el Estado se liberara de los gastos que implicaba la atención médica, cerrando los servicios médicos estatales y favoreciendo el desarrollo de los servicios privados, de alta tecnología y de alto costo. Pero, por otro, el Estado se quitaba de encima los costos de la salud pública y de la atención primaria en salud, endilgándole la responsabilidad del mantenimiento de la salud a los propios individuos y a las comunidades, estimulando la “salud comunitaria” para mejorar los estilos de vida y desarrollar la “promoción de la salud” (Blum, 1974; Lalonde, 1974).

La orientación hacia la privatización de los servicios de atención médica comenzó a expresarse en el aumento de los costos de la atención médica tecnificada y organizada por niveles de complejidad. Esto condujo a una doble situación: en primer lugar, el desmantelamiento de los servicios estatales de salud y de los hospitales públicos que debieron comenzar a transformarse en empresas autosostenibles y que no contaban con el recurso económico para llegar a altos niveles de desarrollo tecnológico; y, en segundo lugar, una elitización de la atención médica, que implicó el aumento y la sofisticación de la medicina en instituciones hospitalarias privadas, destinada a quienes tenían capacidad adquisitiva para tener acceso a ella; por lo tanto, esa medicina privada fue cada vez más compleja pero para cada vez menos clientes<sup>183</sup>. Por otra parte, la propuesta de una medicina o salud comunitaria implicó nuevos caminos para la educación médica, como lo veremos más adelante.

---

<sup>183</sup> En la jerga médico-administrativa dejó de hablarse de pacientes para entenderlos como clientes, es decir, usuarios de un servicio que se compra y se vende.

## **Protestas estudiantiles en la Facultad de Medicina del Rosario en solidaridad con los estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional**

En el marco de las reformas de privatización de la atención médica impulsadas por el gobierno de López Michelsen, en mayo de 1975 se desató un severo conflicto entre la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional y el Hospital San Juan de Dios. Se inició como un problema académico debido a que los profesores del Servicio de Otorrinolaringología del Hospital se negaron a “aprobar a uno de sus residentes [de la especialidad] al considerar que este no cumplía con los requerimientos del caso”. No obstante, el problema “[...] se tornó en un conflicto de amplias dimensiones políticas” (Eslava Castañeda, Vega Vargas & Hernández Álvarez, 2017: 241-242), pues el contexto que lo rodeó tenía dimensiones mayores, que se conectaron entre sí.

Las limitaciones económicas, consecuencia de la política de recorte presupuestal y de privatización de las instituciones sanitarias estatales puesta en marcha por López Michelsen, tocaron entonces al Hospital San Juan de Dios. El manejo de esta institución en esa época dependía de la Beneficencia de Cundinamarca, aunque su regencia técnica y académica dependía de la Universidad Nacional. Ante la crítica situación económica, la Beneficencia, siguiendo el espíritu de la época, habilitó un piso especial para pacientes pensionados<sup>184</sup>, quienes recibían una atención especializada y un trato preferencial, dado que pagaban por ellos, aportando así a los gastos del hospital (Eslava Castañeda, Vega Vargas & Hernández Álvarez, 2017: 241). Es decir, la Beneficencia estaba entrando en el juego tímido pero iniciático de la privatización.

Así pues, fue en el marco de ese fenómeno económico-político que surgió la crisis de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional en mayo de 1975, nueve meses después de la posesión del presidente López Michelsen. En el ámbito universitario también se hicieron presentes los cambios de la orientación de la política educativa cada vez más encaminada

---

<sup>184</sup> Ese era el nombre que se usaba en la época para referirse a los pacientes privados, es decir, que pagaban una pensión (un aporte) por los servicios prestados por el Hospital, en contraposición a los pacientes de caridad, que recibían dichos servicios gratis.

hacia la privatización. Aquí también, “las elevadas aspiraciones” del presidente López y su postura pública populista de “amplitud liberal” lo llevaron a designar como rector de la Universidad Nacional al abogado penalista Luis Carlos Pérez, reconocido como un hombre de izquierda. Este, por su concepción ideológica y tal vez en contravía de lo esperado por el presidente, “intentó ampliar la democracia dentro de la institución, nombrando funcionarios y colaboradores pertenecientes a diversas corrientes ideológicas y con clara vocación crítica” (Eslava Castañeda, Vega Vargas & Hernández Álvarez, 2017: 240).

En el contexto de esta orientación, el rector nombró como decano de la Facultad de Medicina a Guillermo Fergusson Manrique, quien había ocupado el cargo de director del Hospital de San José a mediados de los sesenta y se había convertido en el primer decano de la Facultad de Medicina de la Universidad del Rosario (Quevedo V. & Pérez G., 2009: 129-132). Durante el conflicto en torno a la obra de teatro *Humanae Vitae* había renunciado a su cargo y, después de un breve paso por la secretaría de la Cruz Roja Nacional, había regresado como profesor a la Universidad Nacional, institución en donde había recibido su grado de médico. Fergusson era reconocido “como un intelectual de izquierda que escribía columnas críticas en la prensa acerca de la situación médica y sanitaria en Colombia y como un profesor generoso con su conocimiento, pero exigente y opuesto a la mediocridad”. En 1973, siendo ya profesor de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional, había escrito un pequeño folleto titulado *Esquema crítico de la medicina colombiana*, que circuló en versión mimeografiada (Fergusson, 1973), y en el cual recogía sus planteamientos sobre la realidad médico-sanitaria del país, que ya mostraban un giro más claro de Fergusson hacia un liberalismo de izquierda. El folleto fue muy bien recibido por los estudiantes y se convirtió en objeto de estudio de muchos de los grupos estudiantiles en varias universidades del país. Pero “su presencia generó sentimientos encontrados entre el profesorado de la Universidad Nacional, mientras que su decanatura fue recibida con respeto y consideración por parte del estudiantado” (Eslava Castañeda, Vega Vargas & Hernández Álvarez, 2017: 240-241).

Según comentan Eslava, Vega y Hernández: “[...] debido a su postura ideológica, desde el comienzo de la decanatura tuvo tensiones con la

dirección del Hospital San Juan de Dios”, porque Fergusson no simpatizó con la creación del piso para pensionados, pues él “no solo era un opositor declarado de la privatización en el sector salud, sino un defensor de la igualdad en las condiciones de atención para la población”<sup>185</sup>. Por esas razones, Fergusson trató de suprimir ese piso para pensionados pues, según él, no se podía dejar pasar por alto el asunto, pues esto significaba abrir una puerta para la privatización total del sector salud (Eslava Castañeda, Vega Vargas & Hernández Álvarez, 2017: 240-241).

Fue en estas condiciones de tensión que estalló la crisis de 1975 en el Hospital San Juan de Dios, cuando, como se mencionó atrás, los profesores del servicio de Otorrinolaringología se negaron a aprobar a uno de sus residentes, Alberto Ramos. La Asociación de Internos y Residentes (ANIR) defendió al residente reprobado y el decano tomó partido por los asociados en esa agremiación, pasando así el conflicto a un segundo plano, mientras el debate se extendió a las políticas generales de la decanatura generando controversia y polarización en varios sectores de la comunidad universitaria y hospitalaria (Eslava Castañeda, Vega Vargas & Hernández Álvarez, 2017: 241-242; Miranda Canal, 2009: 37).

El conflicto fue seguido por un paro de la Asociación Nacional de Internos y Residentes que dio origen a varias marchas y reuniones entre estudiantes, profesores y directivos de la Universidad y del gobierno nacional. La prolongación de la crisis condujo a la toma del Hospital por parte de los estudiantes, los residentes, los internos y algunos profesores<sup>186</sup>. La toma del Hospital fue apoyada por diversos sectores universitarios. Fergusson trató de mediar en el problema y de impedir que la fuerza pública desalojara a los estudiantes de los predios del Hospital, pero el 30 de mayo, la fuerza pública se tomó la Institución, Fergusson fue uno de los detenidos, junto con cerca de 400 personas más, y el gobierno lo responsabilizó de los acontecimientos y lo destituyó de su cargo. Aunque el rector Pérez,

---

<sup>185</sup> El pensamiento sanitario de Fergusson de esa época puede profundizarse en su *Esquema Crítico de la Medicina en Colombia*, en la versión publicada en forma de libro por la Cooperativa de Profesores de la Universidad Nacional de Colombia, en 1979 (Fergusson, 1979 [1973]).

<sup>186</sup> Los médicos “se toman” el Hospital San Juan de Dios. *El Tiempo*, viernes 16 de mayo de 1975.

como abogado, demandó la destitución, también terminó siendo removido de su cargo (Eslava Castañeda, Vega Vargas & Hernández Álvarez, 2017: 242). Todo esto generó un paro general en la Universidad Nacional que fue apoyado por los internos, residentes y estudiantes de otras universidades y facultades de Medicina, incluyendo a los de la Universidad del Rosario, y que desembocó en una crisis política que tuvo importantes impactos en el futuro de la Universidad Nacional y del Hospital San Juan de Dios<sup>187</sup>.

Aunque no hemos encontrado datos de la fecha exacta en que los estudiantes de la Facultad de Medicina del Rosario decretaron su paro para apoyar esta huelga, en el acta del Consejo Directivo del 26 de junio de 1975 consta, aunque de manera muy general, que los internos y residentes de la Facultad ya se habían reintegrado completamente después de “haber apoyado la huelga de los internos y residentes de la Universidad Nacional con el Hospital de la Hortúa”. De igual manera, en esa misma acta se afirmaba que, debido a un “paro de solidaridad”, las ausencias de los estudiantes ya estaban llegando al límite. Por esto, y teniendo en cuenta que era un paro externo a la Facultad, el Consejo Directivo afirmó que se debería mantener el calendario académico tal y como estaba estipulado<sup>188</sup>. Los estudiantes, siempre obedientes y, sobre todo, obligados por la represión ejercida desde lo académico con las amenazas de pérdida del semestre, regresaron a clase.

### **Nuevo paro estudiantil en la Facultad de Medicina del Rosario en solidaridad con los médicos del Seguro Social**

Después de pasado un año y unos pocos meses, el día 16 de septiembre de 1976, el Consejo Directivo daba cuenta, una vez más, de su preocupación por la continuidad del semestre debido a un nuevo “paro de solidaridad” decretado por los estudiantes de la Facultad y los médicos del Hospital de San José, con la huelga de los trabajadores del Instituto Colombiano de

---

<sup>187</sup> Para un análisis más a fondo de esta crisis, véase el trabajo de Eslava, Vega y Hernández (Eslava Castañeda, Vega Vargas & Hernández Álvarez, 2017: 240-241), así como el estudio de Néstor Miranda Canal (Miranda Canal, 2009: 45-41).

<sup>188</sup> Acta n.º 5 del Consejo Directivo del 6 de junio de 1975: 1.

Seguros Sociales (ICSS), que se había iniciado diez días antes, el 6 de septiembre de ese año. El Consejo manifestó la urgencia de que tanto estudiantes como docentes del Hospital San José retomaran sus funciones<sup>189</sup>.

En efecto, como parte de las políticas del presidente López Michelsen, y especialmente en el marco de su política económica, su ministra de Trabajo y Seguridad Social, María Elena de Crovo, puso en marcha una reforma del Instituto Colombiano de Seguros Sociales (ICSS), basándose en el nuevo Estatuto del Empleado Público, por medio del Decreto n.º 148 del 24 de febrero de 1976, el cual definía a este instituto como un “establecimiento público”. Dicho Estatuto ya se venía aplicando en diferentes instituciones del Estado, especialmente en aquellas que tenían sindicatos más combativos, como el SENA, la Caja Agraria, Telecom y algunas empresas municipales<sup>190</sup>. Pero ahora, con el gobierno de López Michelsen, les había llegado el turno a los empleados del ICSS, espacio en el cual el gobierno suponía que no se iba a presentar mayor resistencia<sup>191</sup>.

---

<sup>189</sup> Acta n.º 9 del Consejo Directivo del 16 de septiembre de 1976: 3.

<sup>190</sup> Esta decisión de la ministra, claramente teñida de las ideas neoliberales, había tenido algunos antecedentes: la definición y aplicación del Estatuto del Empleado Público había surgido en el marco de la reforma administrativa de 1968 durante la administración del presidente Lleras Restrepo, por medio de la expedición de los decretos 1050 y 3130 del mismo año. Su antecedente inmediato fue una “carta de intención” escrita por el ministro de Hacienda, Joaquín Vallejo Arbeláez y el gerente del Banco de la República, German Botero de los Ríos, en 1965, durante la presidencia de Guillermo León Valencia. Dicha carta de intención había sido dirigida a Pierre Paul Scheitzer, director del Fondo Monetario Internacional y, por medio de ella, el Estado colombiano se comprometió a “suprimir los efectos perturbadores de los pliegos de peticiones y las huelgas hechas por los servidores oficiales [prometiéndolo] toda la prudencia debida en el establecimiento de sueldos y salarios para los empleados públicos” (*Alternativa*, n.º 103, octubre 18-25 de 1976: 10-11, citada por Sánchez Ángel, 2009b: 327-328).

<sup>191</sup> De hecho, en el discurso pronunciado ante los médicos, el 7 de marzo de 1974 en el Hotel Tequendama, durante su campaña presidencial, López se había referido al reordenamiento del Sistema Nacional de Salud en los siguientes términos: “No quieren [los médicos del Seguro Social] tal vez con razón, cambiar su condición contractual por la de empleados públicos, si el Instituto deja de ser un establecimiento público y se convierte en una sección del Ministerio de Salud; pero, si por el contrario, se adscribe a este en las mismas condiciones en que depende actualmente del Ministerio de Trabajo, no cabe duda de que en nada se vería afectada la situación de los profesionales que prestan los servicios al ICSS” (*El Espectador*, septiembre 4 de 1976, citado por Sánchez Ángel, 2009a: 329).

Como consecuencia, los trabajadores del ICSS, incluyendo a los profesionales de la salud, deberían pasar de la condición laboral de “trabajadores oficiales” a la de “empleados públicos”. Esto implicaba que tenían que renunciar a los logros obtenidos en las diferentes convenciones de trabajo firmadas previamente con la Institución. De acuerdo con la ministra, esta medida permitiría “la flexibilización laboral necesaria para ampliar los servicios y las coberturas del ICSS a la población trabajadora”. Esto llevó a los médicos sindicalizados en ASMEDAS y en FACOLMÉDICAS a elevar fuertes protestas denunciando que la flexibilidad aumentaría el clientelismo científico y disminuiría la calidad de los servicios.

El desacuerdo se convirtió en conflicto y, poco después, en la más larga huelga de los servicios de salud que se hubiera visto en el país. En ella participaron otros profesionales y trabajadores de hospitales y centros de la red pública, profesores y estudiantes universitarios [incluyendo los de la Facultad de Medicina de la Universidad del Rosario], y algunas centrales obreras de orientación izquierdista. (Hernández Álvarez et al., 2002: 218-220)

El movimiento huelguístico tomó pronto “el aire de un acontecimiento político” y los médicos del sector privado se solidarizaron con los huelguistas durante un día. La agudización de la huelga provocó la renuncia de la ministra de Trabajo y Seguridad Social, María Elena Jiménez de Crovo, “que se negaba a hacer más flexible la posición del gobierno”, y provocó el restablecimiento del Estado de Sitio por parte del Consejo de Ministros, el 8 de octubre, el cual había sido levantado algunos meses antes (Pécaut, 1989: 308).

La huelga se prolongó durante 52 días y paralizó los hospitales públicos (Pécaut, 1989: 308). Ante la renuncia de la ministra de Trabajo, el gobierno, en actitud ahora más flexible, nombró a Óscar Montoya Montoya como titular de dicha cartera y al médico Raúl Orejuela como titular de la de Salud, con la finalidad de que estos dos personajes reiniciaran los contactos para abrir nuevos diálogos. Durante las dos primeras semanas de octubre, el Comité Inter-Sindical de Paro había propuesto una fórmula

de arreglo, que el gobierno inicialmente rechazó<sup>192</sup>, pero, el 25 de octubre, “el presidente Alfonso López anunció la posibilidad de que se levantara el paro al aceptar la fórmula del Comité”. En una reunión realizada el día siguiente, convocada por el médico Eduardo Arévalo Burgos, presidente del Comité de Paro, se levantó formalmente el movimiento (Sánchez Ángel, 2009b: 331).

No hemos encontrado datos relacionados con las formas de participación de los estudiantes de la Facultad de Medicina del Rosario en este movimiento ni sobre las actividades desarrolladas por ellos. Tampoco se han podido ubicar datos sobre la fecha en que dichos estudiantes regresaron a clase después de esta larga jornada de protesta.

### **La creación de la Fundación Facultad de Medicina**

Volviendo al ámbito interno de la Facultad y, mientras todo esto ocurría, sus directivas continuaban preocupadas por el manejo de los fondos para garantizar su continuidad. Como reza en el acta n.º 8 del 7 de noviembre de 1974, se puso a consideración del rector el Proyecto de Estatutos y el acta de creación de la “Fundación Facultad de Medicina del Rosario”<sup>193</sup>. Los estudiantes manifestaron su descontento hacia este proyecto por medio de una circular al Consejo Directivo en diciembre de 1974, lo que motivó que este le solicitara al decano que consultase con el Ministerio de Educación sobre la congelación de las matrículas<sup>194</sup>.

En el acta n.º 1 del 16 de enero de 1975 consta la insatisfacción de algunos alumnos por el excedente de matrícula cobrado como donación para la Fundación, razón por la cual se comisionó al decano para que dialogara con la comisión instaurada el semestre anterior para consultar

---

<sup>192</sup> Esta fórmula incluía cinco puntos: “a) derogación del acuerdo del Consejo Directivo que calificaba los trabajadores del ICSS como empleados públicos; b) clasificación de los servidores del ICSS como trabajadores oficiales por parte del Consejo Directivo, ratificada por decreto, ley y por el presidente; c) garantía de no represión a nivel nacional a los participantes del movimiento (reintegro del personal sancionado); d) restitución de las personalidades jurídicas y descongelación de los fondos del sindicato; y, e) reintegro de 30 médicos internos del Hospital de Barranquilla” (Sánchez Ángel, 2009b: 331).

<sup>193</sup> Acta n.º 8 del Consejo Directivo del 7 de noviembre de 1974: 2.

<sup>194</sup> Acta n.º 9 del Consejo Directivo del 12 de diciembre de 1974: 2.

la reglamentación con el Ministerio de Educación, dadas las nuevas normas tributarias<sup>195</sup>. Adicionalmente, se propuso dejar el dinero para un Fondo Rotatorio para Préstamos<sup>196</sup>. Sin embargo, para abril de 1975, aún continuaba pendiente la elaboración de los Estatutos de la Fundación<sup>197</sup>.

En agosto de 1975, ante la directriz emanada por el Ministerio de Educación con respecto a congelar las matrículas, el decano afirmó que se obedeció esta normativa, pero que se siguió solicitando un valor adicional como donación para la Fundación. Como los Reglamentos por los que se debería regir esta Fundación aún no habían sido definidos, el rector aprobó el Proyecto de Estatutos con modificaciones, delegando a los abogados Álvaro Tafur Galvis y Hernando Tapias para que hiciesen la versión definitiva, que luego sería discutida en otro Consejo. El decano, teniendo en cuenta que los abogados rosaristas iban a redactar los Estatutos para la conformación de la Fundación, dio vía libre para que se utilizaran los fondos que se habían recaudado en los dos semestres pasados y le fuese dado a la Sindicatura el valor de \$358.300, correspondiente al déficit del año 1975<sup>198</sup>. Finalmente, en el acta del 18 de julio de 1978, el decano declaró que la Fundación ya contaba con personería jurídica<sup>199</sup>.

Sin embargo, es visible que el Fondo Rotatorio para Préstamos propuesto no fue ejecutado, pues, al inicio de 1976, las becas seguían siendo financiadas por la Universidad sin que el estudiante tuviese que devolver el dinero en algún momento. Por esto, el Rector propuso que los auxilios económicos debían ser dados en calidad de préstamos para constituir un (otro) Fondo Rotatorio, y financiar a diferentes estudiantes por medio de este. En esta sesión, Juan Consuegra afirmó que estos auxilios pronto serían discontinuados ya que la señora Salli de Cubillos había hecho una

---

<sup>195</sup> Acta n.º 1 del Consejo Directivo del 16 de enero de 1975: 2.

<sup>196</sup> Los Fondos Rotatorios para Préstamos son iniciativas de un grupo social determinado que tienen como finalidad crear un ahorro comunal, con el objetivo de recaudar recursos económicos para luego ser prestados entre los miembros del mismo grupo; así mismo, dichos fondos son administrados por sus mismos integrantes (<http://www.iedmicrofinanzas.com/porta1/prueba/assets/estudio.pdf>).

<sup>197</sup> Acta n.º 4 del Consejo Directivo del 17 de abril de 1975: 2.

<sup>198</sup> Acta n.º 9 del Consejo Directivo del 14 de agosto de 1975: 2.

<sup>199</sup> Acta n.º 5 del Consejo Directivo del 18 de julio de 1978: 2.

donación importante a la Sociedad de Cirugía de Bogotá. Dicha donación debería ser utilizada para la compra de inmuebles y para la financiación de becas, premios o trabajos de residentes de la Facultad de Medicina de la Universidad del Rosario<sup>200</sup>. Esta donación luego fue denominada “Beca Ernesto y Salli Cubillos” y, como consta en varias actas, fueron otorgadas varias becas para diferentes estudiantes.

Así mismo, en esa reunión se discutió el presupuesto para 1976, haciéndose evidente un nuevo e importante déficit de \$611.220, razón por la cual se decidió subir la matrícula de ingreso a \$13.000 y en un 10 % para los estudiantes de II a X semestre, desde agosto. Esto debería avisársele, con el tiempo suficiente de antelación, a los estudiantes y los padres<sup>201</sup>.

Con respecto a estas decisiones, ya en junio de este año, el Síndico de la Universidad<sup>202</sup> presentó ante el Consejo Directivo un estudio económico de la Facultad en el que había quedado claro que, así como el presupuesto aumentaba cada año, el déficit era mayor cada día, aún más notorio ya que, por norma gubernamental, las cesantías ahora tenían un 12 % de intereses<sup>203</sup>. Con esto en mente, propuso una revisión de la planta docente, un estancamiento de esta y un alza en las matrículas. Así, el Consejo planteó reevaluar las cláusulas del contrato con la Sociedad de Cirugía referentes a gastos, especificando los beneficios de que la Facultad manejara sus propios ingresos. Finalmente, el Consejo aprobó un alza de las matrículas que sería comunicada a padres de familia en julio de ese año<sup>204</sup>. En ese sentido, la matrícula para I y II semestre de 1977 quedó en \$14.500 y la de III semestre en adelante entre \$11.025 y \$13.500<sup>205</sup>.

---

<sup>200</sup> Acta n.º 1 del Consejo Directivo del 22 de enero de 1976: 3.

<sup>201</sup> Acta n.º 1 del Consejo Directivo del 22 de enero de 1976: 2.

<sup>202</sup> Hasta ahora no hemos podido localizar el nombre del Síndico de ese momento.

<sup>203</sup> Decreto 116 de 1976, firmado por el presidente López Michelsen y la ministra del trabajo María Elena de Crovo (<http://www.suin-juriscal.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Decretos/1025941>), por medio del cual se reglamenta la Ley 52 de 1975, en la que se reconocen intereses anuales a las cesantías de los trabajadores particulares (<http://www.suin-juriscal.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Leyes/1606193>).

<sup>204</sup> Acta n.º 4 del Consejo Directivo del 10 de junio de 1976: 3-4.

<sup>205</sup> Acta n.º 4 del Consejo Directivo del 10 de junio de 1976: 4.

En julio de este mismo año, Gustavo Escallón Cayzedo, miembro de la Sociedad de Cirugía de Bogotá, manifestó que él y su familia harían una donación semestral, de por vida, equivalente al valor de la matrícula para becar a un estudiante, el cual se escogería a criterio del decano Arturo Aparicio Jaramillo. Esta propuesta fue aceptada por el Consejo Directivo<sup>206</sup>.

### **Legalización de la reglamentación estudiantil**

Como antes se había mencionado, no existía un reglamento oficial o claramente establecido en la Facultad. Tanto así que, como vimos, en 1970 se reunió una serie de directrices en un reglamento que pedía ASCOFAME como requisito para la aprobación de esta. Sin embargo, la situación no cambió, ya que el Consejo Directivo tuvo, constantemente, un carácter resolutivo, pues en la medida en que se iban presentando vacíos jurídicos, manifestados en diferentes situaciones con los estudiantes, profesores o administrativos, este iba realizando cambios al reglamento<sup>207</sup>.

Para dar solución a estos problemas, los directivos de la Facultad y del Hospital de San José propusieron finalmente la elaboración de un nuevo reglamento que incluyera todas las anteriores modificaciones, aclaraciones y adiciones, proyecto que fue enviado a Consiliatura para su aprobación final en septiembre de 1975<sup>208</sup>. Al parecer, en 1979 se produjo una nueva reglamentación. Sin embargo, no se ha encontrado documentación que dé cuenta de este proceso. Solo hasta 1980 vuelve a encontrarse información de que tanto el Consejo Directivo, como la Consiliatura y la Rectoría tomaron cartas en el asunto. En el acta de la segunda reunión del Consejo Directivo de ese año, el profesor Cubides propuso una serie de cambios al reglamento que, luego de ser discutidas y algunas enmendadas, se encargó al abogado Daza de elaborar un proyecto con estas modificaciones para presentarlo a Rectoría para su aprobación final<sup>209</sup>.

---

<sup>206</sup> Acta n.º 5 del Consejo Directivo del 15 de julio de 1976: 2.

<sup>207</sup> Por ejemplo, en el acta n.º 9 del 1974, se hace la adición al reglamento de un artículo para regular las circunstancias de aceptación de la cancelación voluntaria de la matrícula y los términos de reintegro (Acta n.º 9 del Consejo Directivo del 12 de diciembre de 1974: 1-2).

<sup>208</sup> Acta n.º 10 del Consejo Directivo del 25 de septiembre de 1975: 2.

<sup>209</sup> Acta n.º 2 del Consejo Directivo del 26 de febrero de 1980: 3-8.

Con respecto al viejo Decreto n.º 605 de 1963 de marzo 21, sobre la reglamentación de validación de títulos de médicos extranjeros, el decano informó sobre las condiciones desiguales que estos tenían para lograr la validación de su título en medicina, teniendo presente que ellos no tenían que realizar un internado rotatorio obligatorio en Pediatría ni Ginecobs-tetricia, cosa que sí debían cumplir los internos colombianos para adquirir su título de médicos. Con este en mente, el Consejo Directivo, dándole la razón, comisionó al decano para informar a ASCOFAME de estas inquietudes y que, mientras se tomaba una decisión, la Facultad se abstuviera de continuar autorizando exámenes de validación a médicos extranjeros<sup>210</sup>.

En relación con los nombramientos de estudiantes como monitores académicos, en la Resolución 5 de 1973 se hace la primera mención al asignar dos cargos para que estudiantes de la Facultad puedan ejercer como tales en la Cátedra de Anatomía Radiológica, con un pago de 100 pesos/hora<sup>211</sup>. Con la participación en dicho programa de monitores, los estudiantes tenían, cada vez más, mayores oportunidades para iniciar una carrera docente. Por ejemplo, en 1974, el Consejo aprobó que los residentes de segundo año pudieran acceder al cargo de monitores en la Facultad con una asignación de \$605 mensuales<sup>212</sup>.

Es importante destacar que en agosto de 1975 se tiene el primer registro de la selección de candidatos a Colegiales de la Facultad de Medicina para su consideración por la Consiliatura de la Universidad. La selección se realizó bajo el criterio de la tercera parte mejor calificada, que haya cursado al menos cuatro semestres, y de estos, la tercera mejor parte sería la que se enviaría a Consiliatura. Fueron veintisiete los candidatos escogidos por el Consejo, entre los estudiantes del quinto al décimo semestre<sup>213</sup>. De dicha lista, la Consiliatura seleccionó como colegial de número de Medicina al estudiante de noveno semestre Alberto Barón Castañeda, quien tenía un promedio 3.98/5.00<sup>214</sup>.

---

<sup>210</sup> Acta n.º 10 del Consejo Directivo del 25 de septiembre de 1975: 3.

<sup>211</sup> Acta n.º 4 del Consejo Directivo del 5 de abril de 1973: 1.

<sup>212</sup> Acta n.º 6 del Consejo Directivo del 17 de julio de 1974: 1.

<sup>213</sup> Acta n.º 8 del Consejo Directivo del 4 de agosto de 1975: 1-2.

<sup>214</sup> Acuerdo n.º 9 de la Honorable Consiliatura del 29 de septiembre de 1975.

## **Intento de reglamentación docente y composición del Consejo Directivo**

En las etapas iniciales de la Facultad, el nombramiento de los profesores era potestad del Consejo Directivo, ante el cual se presentaban las hojas de vida. En este proceso, se hacía la designación y se listaban sus nombres en resoluciones en las que figura toda la nómina docente y administrativa, estableciendo si el nombramiento es en nómina o *ad honorem*, el número de horas de dedicación, el departamento del que depende y especificando la duración de la contratación. En la medida que se vincularon, mediante convenios, hospitales diferentes a San José, el Consejo Directivo estudiaba las hojas de vida de los profesionales que eran presentados por las oficinas de educación médica de estos hospitales para que pudieran realizar actividades docentes con los alumnos de la unidad académica pertinente y se hacían los respectivos nombramientos. Como consta en las actas del Consejo Directivo, progresivamente se hizo evidente que era necesario reglamentar las normas que permitirían el ingreso, ascensos y categorías dentro del cuerpo docente.

Con respecto a las actividades docentes en instituciones hospitalarias, el decano, durante la sesión del 25 de septiembre de 1975, informó al Consejo Directivo de una reunión llevada a cabo en Cartagena entre decanos de las facultades de Medicina, directores de los hospitales universitarios del país y representantes del Ministerio de Salud, en la que se definió que “todo cargo asistencial hospitalario en los Hospitales Universitarios conlleva responsabilidad docente y viceversa”. Esto implicaba, entonces, que todo docente de la Facultad era a su vez médico del Hospital, y todo médico del Hospital contaba con responsabilidades de docencia. Así mismo, se estableció que “en todo hospital Universitario, el Decano de la Facultad de Medicina respectivo [sería] miembro de su Junta Directiva”<sup>215</sup>.

Dada la coyuntura del vencimiento del período del representante de los docentes al Consejo Directivo, cargo que estaba en cabeza del vicedecano Eduardo Cubides, en reunión del 28 de julio de 1976, el Consejo Directivo aprobó reglamentar la elección de dicho representante. De acuerdo con lo

---

<sup>215</sup> Acta n.º 10 del Consejo Directivo del 25 de septiembre de 1975: 2-3.

aprobado, en esta elección podrían votar todos los profesores asociados de la Facultad<sup>216</sup>. El candidato debería tener, como mínimo, una dedicación de medio tiempo y estar bajo las categorías “profesores”, “profesores asociados” o “profesores *ad honorem*” de la Sociedad de Cirugía de Bogotá. La permanencia en el cargo sería de 5 años por representante, previa convocatoria de la nueva elección por parte del decano de la Facultad<sup>217</sup>.

En esta misma reunión, y teniendo presente el alto crecimiento de la Facultad tanto en el número de estudiantes como en la cantidad de profesores pertenecientes a la planta docente, el decano planteó la necesidad de una reglamentación para esta última (Resolución n.º 9)<sup>218</sup>. Así, se decidió que el Consejo Directivo debería determinar semestralmente la planta del personal docente en cada una de las cátedras y departamentos, “fijando el número, dedicación horaria y salario de los docentes en sus diferentes categorías”. De igual manera, la promoción de un docente estaría sujeta a decisión del Consejo por recomendación del decano, con solicitud previa del jefe del departamento respectivo, solo cuando esté abierta la vacante solicitada o cuando sea decisión del Consejo relevar a alguien del cargo o adicionar una planta<sup>219</sup>.

En relación con ese problema, en 1978, Francisco Cavanzo, jefe del Departamento de Patología, quien venía teniendo problemas con su personal por diferentes solicitudes de promoción, requirió al Consejo, por medio del representante de los docentes, a la sazón el profesor Roberto Jaramillo, la elaboración de un estatuto profesoral que definiera “exactamente todas las condiciones y requisitos que el personal docente de la Facultad debe llenar así como la estructuración de este escalafón, necesidades por largo tiempo sentidas y de urgente consideración”<sup>220</sup>. El Consejo, para lidiar con

---

<sup>216</sup> Acta n.º 6 del Consejo Directivo del 28 de julio de 1976: 2.

<sup>217</sup> Resolución n.º 8 del 29 de julio de 1976.

<sup>218</sup> No tenemos acceso a esta resolución, no se encontró en los archivos.

<sup>219</sup> Acta n.º 6 del Consejo Directivo del 28 de julio de 1976: 2.

<sup>220</sup> Acta n.º 9 del Consejo Directivo del 30 de noviembre de 1978: 2. Vale la pena resaltar que este personal ligado al Departamento de Patología estaba compuesto de médicos que, por su formación de patólogos no hacían ejercicio privado de consultorio de la medicina y, por lo tanto, vivían de su salario universitario y hospitalario. Condiciones similares tenía el personal auxiliar del Departamento (Auxiliares y técnicos de

esta solicitud, respondió que los casos de promoción se decidían de acuerdo con las necesidades de la Facultad y sus posibilidades presupuestales<sup>221</sup>.

### **Proyectos de Investigación y propuestas de reforma curricular**

En 1977, el Consejo Directivo aprobó un proyecto presentado por el decano de la Facultad para la formación de la Unidad de Investigación y Adiestramiento en Biología y Fisiología de la Reproducción. Esto se realizó por medio de un convenio firmado entre el Hospital Militar Central, la Facultad de Medicina de la Universidad del Rosario y el Centro Regional de Población<sup>222</sup>.

En 1978 se hizo una propuesta importante de reforma curricular por parte de los profesores Juan Consuegra y Roberto Jaramillo, quienes informaron que se reunieron con los docentes de cátedra de primer semestre para estudiar la integración de las materias, que implicaría el nombramiento de un coordinador de área que “regule, vigile y asesore el funcionamiento de los nuevos programas”. La reforma se manifestaría en la integración de las materias de física, química y biología, bajo una gran área con una sola calificación, y la creación de otra gran área compuesta por metodología de la investigación e introducción a la medicina. Este plan de integración se había planeado para que en semestres posteriores se realizaran integraciones en los niveles de segundo y tercer semestre, en las materias de Anatomía, Fisiología y Bioquímica<sup>223</sup>.

En relación con esta propuesta, Alfonso Tribín Piedrahita aseguró que, aunque veía necesaria esta modificación, debería ser enviada a Consiliatura para su aprobación. Esta opinión fue respaldada por el presidente del Consejo Directivo, pero consideró que debía tener la previa aprobación del Consejo. Después de varias discusiones sobre la relevancia

---

laboratorio). Es de pensar que este tipo de solicitud de reivindicaciones laborales estuviesen relacionadas con el ambiente de agitación sindical que estaba predominando en el momento, las cuales se discutirán más adelante.

<sup>221</sup> Acta n.º 9 del Consejo Directivo del 30 de noviembre de 1978: 2.

<sup>222</sup> Acta n.º 3 del Consejo Directivo del 3 de marzo de 1977: 2.

<sup>223</sup> Acta n.º 10 del Consejo directivo del 14 de diciembre de 1978: 2-3.

y necesidad de esta propuesta, el Consejo la aprobó y la envió a la Consiliatura, comisionando al consiliario Tribín para estudiar la realización de un proyecto de integración que incluyera todos los semestres de la carrera para que él mismo la presente a la Consiliatura<sup>224</sup>. En reuniones posteriores, el decano se refirió a la necesidad de una integración de las asignaturas de ciencias básicas, así que, para esto, designó un comité *ad hoc* para que se realice “de manera rápida y efectiva un estudio tendiente a reformar la actual visión de dichas ciencias”, intención apoyada por ASCOFAME<sup>225</sup>.

### **La creación de la “Decanatura de Estudios” y la reorganización de la Oficina de Educación Médica**

En ese mismo año de 1978, el decano solicitó al Consejo la creación de una Vice-Decanatura de estudios, con el fin de que existiese una figura académica que tuviera una relación más directa con los estudiantes. Para este cargo, el Consejo nombró a Juan Consuegra Zulaica (Becerra Lara, 1996 [1990]: 99), quien desempeñaría el cargo desde el 1.º de agosto de ese año.

Consuegra, como parte de las gestiones de esta nueva división, informó al Consejo que había estado trabajando en la reorganización de la Oficina de Educación Médica y que de ahora en adelante no tendría un jefe, sino un coordinador. Igualmente, informó de la creación de diferentes comités de profesores para hacer más fácil su contacto con los estudiantes, tanto de pregrado como de posgrado, así como comités específicos para el manejo de residencias e internado, de los cuales sería miembro el director del Hospital San José<sup>226</sup>.

### **De la presidencia de López Michelsen a la de Julio César Turbay Ayala (1978-1982)**

Al final del gobierno de López Michelsen, el proceso de urbanización del país continuó en aumento, debido a la migración del campo a la ciudad por diversas causas, como la industrialización, las migraciones por desplazamiento debidas a la violencia, y la explosión demográfica. Esto

---

<sup>224</sup> Acta n.º 10 del Consejo directivo del 14 de diciembre de 1978: 3.

<sup>225</sup> Acta n.º 7 del Consejo Directivo del 23 de septiembre de 1980: 2-3.

<sup>226</sup> Acta n.º 7 del Consejo Directivo del 24 de agosto de 1978: 3.

implicó un crecimiento de la clase media compuesta por profesionales de diversos ramos que fueron surgiendo como consecuencia de la variedad de nuevos servicios que el Estado tenía que garantizarle a la población, ya fuese por sí mismo o por delegación al sector privado. Como parte de ese proceso, también aumentó la población estudiantil, que cada vez estaba más imbuida de las ideologías políticas de izquierda. Pero también el crecimiento de unas clases menos favorecidas como resultado de las migraciones y los desplazamientos de unas poblaciones rurales que se movían hacia las ciudades con la esperanza de encontrar una mejor vida, en paz, en las ciudades. Consecuentemente, “las tensiones urbanas siguieron creciendo y el descontento de la población marginal y de los sectores obreros se unió con la ideología cada vez más insurreccional de los sectores radicales” (Melo, 2017: 252).

Por eso, durante las últimas fases de su gobierno, a López Michelsen

[...] le tocó una época de intensa agitación social y enfrentó huelgas sindicales, protestas campesinas y sistemáticos ataques guerrilleros. Tuvo que vivir el secuestro y ‘ejecución’ por parte del M-19 de José Raquel Mercado, presidente de la Confederación de Trabajadores de Colombia, CTC; el asesinato de su ministro de Trabajo, Rafael Pardo Buevas, por un grupúsculo terrorista; y el paro cívico nacional del 14 de septiembre de 1977, que solo en Bogotá dejó catorce muertos. (Santos Calderón, 2018: 102-103)

No obstante, según Jorge Orlando Melo, la vocación liberal y civilista del presidente lo llevó a frenar los impulsos represivos del ejército, “al que la guerra parecía dar demasiado juego” (Melo, 2017: 252).

Superadas las crisis de la administración de López Michelsen, al final de su gobierno el país transitó hacia una fase de expansión económica. De acuerdo con Jorge Orlando Melo, “[...] en conjunto, la gestión económica de López fue prudente y más bien exitosa. La venta más fácil de dólares al Banco de la República ayudó al turismo y a otras actividades marginales, pero también hizo más fácil traer al país dólares de la marihuana y la cocaína”, fenómeno que produjo la llamada “bonanza marimbera” (Melo,

2017: 252). Dicha gestión económica estuvo además favorecida por un alza en el precio del café que implicó para Colombia la llamada “bonanza cafetera”, en la que el presidente se negó a intervenir, como lo habían hecho otras veces los gobiernos anteriores pidiéndole contribuciones tributarias a los cafeteros para apoyar el desarrollo de otros sectores del país (Melo, 2017: 252). Esto reflejaba una política económica que, coqueteándole a las tendencias neoliberales, comenzaba a favorecer a los exportadores y al capital financiero, más que al capital de origen industrial.

Por otra parte, en el contexto del enfrentamiento entre “tecnócratas” y “clientelistas” y como resultado del parcial abandono del modelo desarrollista y la tímida opción por el neoliberal, para su sucesión en el gobierno López Michelsen

[...] prefirió apoyar a los eficientes políticos de la maquinaria [clientelista] representados por Julio César Turbay Ayala, que a los amigos de la tecnocracia [...] Turbay era un candidato coherente con la nueva estructura política: se destacaba por su capacidad para negociar acuerdos y cuotas, por su habilidad para manejar las más complejas maquinarias políticas, sin aludir a programas o principios. (Melo, 2017: 252)

En efecto, Julio César Turbay Ayala se posesionó como nuevo presidente de la República, a nombre del Partido Liberal, el 7 de agosto de 1978. Había sido elegido, por una pequeña mayoría de votos sobre el candidato conservador, con el apoyo de los políticos profesionales que se oponían a la orientación tecnocrática de Lleras Restrepo y que estaban irritados “por el ataque al clientelismo y la corrupción, cada día más visibles” (Melo, 2017: 252).

El éxito económico del final del período de López Michelsen continuó durante los primeros años de la presidencia de Turbay. El nuevo gobierno estaba comprometido, sin duda, con la prolongación de la política económica del anterior, en el marco “del proceso de instalación de las políticas neoliberales merced a la introducción de una serie de medidas tendientes a la liberalización del comercio exterior y en pro de la austeridad fiscal (estas últimas, más bien en el terreno del discurso político-económico

que en el de las medidas efectivas de la política económica)” (Estrada Álvarez, 2004: 67).

Desde el gobierno de Lleras Restrepo, pero sobre todo durante el de López Michelsen, según cuenta Néstor Miranda Canal citando a Mario Hernández, el Estado “se ocupaba de dirigir el proceso macroeconómico estimulando la valorización y la acumulación de capital, pues desde muy atrás el modelo predominante había considerado el capital como elemento fundamental del desarrollo” (Hernández Álvarez, 2000a; Miranda Canal, 2009: 19). Y, citando a Jesús Antonio Bejarano, Miranda Canal continúa afirmando que

a finales del decenio de los sesenta, la acción de la política económica del Estado se concentró más en el impulso a las ‘transferencias de capital y de plusvalía hacia los sectores exportadores, con el propósito de convertirlos en sectores de punta de la acumulación de capital’ (Bejarano, 1995: 252), [más] que en políticas de promoción de la producción industrial y agrícola, generadoras de empleo y redistribuidoras del ingreso.

Los resultados de esta política irían a fortalecer, a mediados de la década de los setenta, el desarrollo del sector financiero, y abrirían el camino para las nacientes políticas neoliberales que se seguirían fortaleciendo hasta la actualidad (Miranda Canal, 2009: 19).

Esto fue el resultado final de un proceso de implementación más firme de la ideología neoliberal en el país, la cual se había iniciado desde comienzos de la década de los setenta. Según Estrada Álvarez, “la formación de estudiantes colombianos de la élite en universidades estadounidenses desempeñó un papel de la mayor importancia en el proceso de entronización de la política e ideología neoliberal en Colombia en la década de 1970”<sup>227</sup> (Estrada Álvarez, 2004: 68).

---

<sup>227</sup> Este fenómeno no fue exclusivamente colombiano. Recuérdese el caso de los llamados “Chicago Boys” de Chile, quienes condujeron la reforma económico-política del gobierno de Pinochet.

Salomón Kalmanovitz confirmó este hecho. Según él, en Colombia:

[...] la ideología neoliberal alcanzó mayor raigambre durante los años 70s, cuando estudiantes colombianos de las universidades de Chicago, MIT, Rice, Stanford y California, encontraron acogida en [instituciones como] la fundación privada Fedesarrollo, la Universidad de los Andes, la Asociación Bancaria y el Banco de la República [...]. La tesis de una profunda reforma financiera empezó a ser impulsada activamente a partir de 1971 por la Asociación Bancaria y el Banco de la República, que organizaron una serie de simposios sobre el mercado del capital. Tales simposios sirvieron para nuclear un grupo importante de banqueros, empresarios, investigadores y economistas en la dirección de la escuela monetarista. Muchos de estos cuadros ingresaron en la administración de López Michelsen, de Turbay Ayala y en los gremios interesados para orientar el nuevo curso de la política económica. (Kalmanovitz, 1985: 464-465)

Así, en lo referente a la liberalización del comercio, se puso en marcha la llamada *apertura comercial*, la cual consistió en una liberación de las importaciones, reduciendo los aranceles o eliminando las trabas administrativas de los regímenes de importación. Los cuadros neoliberales argumentaron “que por esa vía se impulsaría la modernización productiva y mejorarían las condiciones de productividad del aparato productivo nacional; así mismo, se argüía que se contrarrestarían las tendencias inflacionarias al traerse del exterior productos importados a más bajo precio” (Estrada Álvarez, 2004: 67).

En la práctica, esta apertura comercial del gobierno de Turbay Ayala trajo como consecuencia que se gastaran improductivamente las reservas acumuladas durante las bonanzas cafetera y marimbera y que se estimulara el consumo suntuario, activando los dispositivos inflacionarios (a pesar de las políticas monetarias restrictivas). Esto agravó la situación de endeudamiento y llevó a la industria nacional a una aguda recesión. Así mismo, condujo a una nueva crisis económica, financiera y social en el ámbito nacional, que terminó en el “fortalecimiento de los elementos

autoritarios del régimen político, en la violación de los derechos humanos y en la persecución de los opositores políticos, por medio de la aplicación del decreto extraordinario 1923 del 6 de septiembre de 1978, denominado ‘Estatuto de Seguridad’<sup>228</sup>. Según Estrada Álvarez, esta crisis se agravó por su entronque con la crisis económica mundial de 1980-1983, la cual llegó a tener profundas repercusiones sobre todas las economías latinoamericanas. Esta situación detonó la llamada *crisis de la deuda externa* a mediados de la década de los ochenta, debido al estrangulamiento del sector externo de las economías de América Latina (Estrada Álvarez, 2004: 67).

La crisis económica se profundiza en esta década de los ochenta como resultado de una liberación importante puesta en marcha por el presidente Turbay, aunada al aumento mucho mayor del comercio internacional ilegal, y del contrabando, pues “las exportaciones de marihuana y coca crearon un excedente de dólares que abarataron el dólar negro y permitieron aumentar varias veces las importaciones de contrabando”. La política de promoción de las exportaciones se había incentivado desde el gobierno de Lleras Restrepo, con un subsidio estatal representado en el Certificado de Ahorro Tributario (CAT) que favorecía a los exportadores de productos distintos al café, pero desde el gobierno de López Michelsen se favoreció la posibilidad de quitar los aranceles para beneficiar la importación de productos del mercado internacional, a precios mucho menores que los de los productos nacionales. Durante el gobierno de Turbay, el estímulo a las importaciones continuó en aumento, reforzada por el incremento del contrabando. Como consecuencia, “en el país se registró un proceso acelerado de desindustrialización debido a la combinación de las rentas de exportación que financiaron la liberación de importaciones”, con lo cual se produjo un “efecto desempleador neto”, que implicó “el desempleo de hombres y equipos, sobre todo en la industria” de dimensiones abrumadoras (Kalmanovitz, 1985: 468-470).

---

<sup>228</sup> Era la aplicación en Colombia del modelo económico político puesto en marcha por Pinochet en Chile, apertura neoliberal apoyada en la represión militar, pero en el marco de un régimen “democrático” que pudiera llamarse “limitado” o “constreñido”.

Según Kalmanovitz,

en términos de los procesos industriales llevados a cabo en Colombia, se dio un incremento en el ensamblaje, una reducción de la integración nacional en ramas como la automotriz y un estancamiento en la metalurgia básica, la maquinaria no eléctrica y la maquinaria eléctrica, o sea, una reorientación apreciable de la división nacional del trabajo, incrementándose las importaciones de piezas, bienes semiterminados e insumos tales como aceros, aumentando también la competencia externa contra la fabricación local de maquinaria y bienes intermedios (ayudado por el arancel de solo el 5%). (Kalmanovitz, 1985: 470)

Pero el país se fue complicando cada vez más. Por una parte, porque la corrupción continuó en aumento: la cínica frase de Turbay de que la corrupción había que reducirla a “sus justas proporciones” abrió la puerta para su significativo crecimiento, especialmente en el ámbito de “la política local y de los pequeños servicios y favores que alimentaban las maquinarias políticas” (Melo, 2017: 252). Pero, por otra, porque nuevas formas de corrupción se fueron extendiendo, aunque su crecimiento ya se venía dando desde el gobierno de López Michelsen: el sistema financiero se llenó de “trampas” que favorecían el enriquecimiento ilícito de los banqueros, los “ladrones de cuello blanco”, que comenzaban ya a utilizar el mecanismo de la llamada “puerta giratoria” entre el Estado, los bancos, la empresa privada y el capital financiero. Se crearon así nuevos “grupos empresariales a partir del manejo habilidoso de depósitos privados y públicos, ya engrosados por fondos provenientes de la droga, mientras que las inversiones públicas dieron ocasión a contratos que favorecían a grupos o personas específicas”: unas clases alta y media corruptas, compuestas por gerentes, administradores, abogados y funcionarios de nivel alto y medio, que se comenzaron a enlazar con políticos nacionales y regionales y, en algunos casos, con los capos del narcotráfico<sup>229</sup> (Melo, 2017: 253).

---

<sup>229</sup> Uno de los casos más sonados fue el del banquero Jaime Michelsen Uribe, familiar del presidente Alfonso López Michelsen quien, como presidente del Banco de Colombia, y con su equipo de trabajo, inició una serie de autopréstamos entre diversas compañías

## **El florecimiento de la medicina privada**

La aparición y crecimiento de estos nuevos grupos económicos y de los “nuevos ricos” a ellos vinculados favoreció el florecimiento de la medicina privada mencionado atrás: el nacimiento de nuevas clínicas privadas y los desarrollos de las ya existentes. Conforme con la propuesta del “campo de la salud”, de Lalonde y Blum, estas clínicas prestaban servicios de atención médica privada de alta tecnología, a altos costos, para esta nueva élite que tenía capacidad de pago y que no estaba dispuesta a ser asistida o atendida en los hospitales del Estado o en las limitadas clínicas privadas tradicionales.

La Fundación Santafé, surgida en 1972, durante el gobierno de Misael Pastrana, sufriría una importante transformación en 1983, cuando abrió sus puertas su Hospital Universitario, centro médico de alta complejidad que desde entonces ha ofrecido servicios hospitalarios y ambulatorios a la ciudad y al país.

De acuerdo con lo que se plantea en su propia página web:

[...] Sus fundadores y gestores se propusieron construir un hospital al mejor estilo de los norteamericanos, para servir a través de un equipo interdisciplinario en salud (médicos, enfermeras, auxiliares, técnicos, farmacéutas, entre otros) apoyado con la última tecnología. Un Hospital enfocado en las cirugías complejas, la medicina interna y con una de las primeras Unidades de Cuidados Intensivos del país. Fue el primer hospital general en conformar un equipo de apoyo exclusivamente con enfermeras profesionales y el primero que contó con una Clínica de Urgencias, gracias a la donación de la Fundación Moris y Tila Gutt y el primer centro hospitalario en el país en hacer radiocirugía con la tecnología X-Knife para el tratamiento de tumores cerebrales y malformaciones cardiovasculares. (Fundación Santa Fe de Bogotá, s. f.)

---

relacionadas. Este, como otros muchos casos, no se hicieron evidentes hasta el siguiente gobierno, el de Belisario Betancur Cuartas, cuando este inició las investigaciones al respecto, que serán mencionadas más adelante.

Algo similar ocurrió con la Clínica de Marly, institución de larga tradición en la ciudad de Bogotá, fundada en 1903, y que había sufrido varias transformaciones a lo largo del siglo XX. Pero, precisamente, a partir de 1977 y hasta el 2007, la Clínica “[...] se modernizó mediante la obtención de la más avanzada tecnología médica y creció a través de la adquisición de áreas aledañas y no aledañas a la clínica, e inició la ampliación que hoy permite brindar servicios médicos en espacios más confortables y modernos”<sup>230</sup>, obviamente, para cubrir las necesidades de esa nueva élite<sup>231</sup> y para poder competir con las otras [clínicas] que se estaban transformando en el mismo sentido. Como resultado de ese proceso de encarecimiento de la atención médica privada, comenzaron a surgir las compañías de seguros médicos privados, que le permitían a los pacientes de las clases altas y medias prepagar por los servicios y así poder alcanzar el disfrute de esa medicina<sup>232</sup>.

Estas transformaciones del modelo tecnocientífico médico y sanitario, neoliberal y privatizado exigían nuevos profesionales médicos formados en las nuevas superespecialidades clínico-quirúrgicas. Estas, basadas en el uso de las altas tecnologías que brindaban las nuevas máquinas, permitían diagnósticos y terapéuticas sofisticadas que los hospitales públicos no podían brindar por sus altos costos, ni los pacientes de las clases medias podían pagar. Las facultades de medicina privadas tuvieron que virar su enseñanza hacia una medicina especializada y elitista, y el Rosario no fue una excepción.

En el otro extremo de la sociedad colombiana, en las zonas rurales, los movimientos guerrilleros se fueron volviendo cada vez más audaces y

---

<sup>230</sup> <http://marly.com.co/quienes-somos/> consultado: 23 de septiembre de 2019.

<sup>231</sup> Las viejas élites urbanas cafeteras e industriales no tenían ningún problema en asistir a instituciones de salud como la tradicional Clínica de Marly, en el caso bogotano, en busca de ayuda y atención médica privada desde los modelos de la medicina francesa y aún desde la recién entronizada medicina flexneriana de las décadas de los cincuenta y de los sesenta, todavía en el marco del Estado de Bienestar. Pero en la competencia privatizadora y comercial del modelo neoliberal las exigencias de una clientela pudiente eran muy distintas. Podían pagar y exigir servicios de alta calidad y desarrollos tecnológicos como los que podrían encontrar en el extranjero, pero los querían cerca de su casa.

<sup>232</sup> Una de las primeras compañías fue Colsanitas, filial de Sanitas de España que se fundó el 10 de noviembre de 1980.

envalentonados, convencidos y confiados de que su triunfo era inminente y que por medio de la lucha armada derrocarían al poder del Estado. El presidente Turbay, desde una actitud opuesta a la de López Michelsen, y sin darle mucho resalte al asunto, dejó que los militares, “poco apoyados, o incluso frenados, por los civiles entre 1965 y 1978, actuaran según su saber y entender, para lo cual hizo aprobar el Estatuto de Seguridad [...] que daba a los militares el derecho de juzgar y sancionar a civiles por el delito de rebelión [...] [incluyendo a] muchos inocentes que eran acusados, con la arbitrariedad usual, de ayudar a la guerrilla”, limitando el debido proceso (Melo, 2017: 253).

Esta situación de violencia y de conflicto rural, que contrastaba con la vida descontextualizada de las élites urbanas que buscaban su enriquecimiento por mecanismos *non santos*, implicó serias dificultades para el desarrollo de la labor médica por fuera de las grandes ciudades. Los nuevos profesionales se vieron atrapados entre las exigencias de los movimientos fuera de la ley, el ejército y la policía, que representaban “las fuerzas del orden”, aunque muchas veces no fuera así, como lo hemos visto atrás. En otras palabras, el modelo neoliberal se ajustaba progresivamente al país, con todas sus aristas.

### **Simultáneamente otros vientos comenzaban a soplar en la medicina mundial**

Otras corrientes alternativas estaban surgiendo en el campo de la medicina, de la atención médica y de la salud pública como resultado de la crisis que se venía presentando en los países del, en ese entonces, llamado Tercer Mundo, en relación con el modelo hospitalario de alta tecnología y su incapacidad para resolver los problemas de salud de las poblaciones de bajos recursos.

### ***Cambios por fuera de la Organización Mundial de la Salud (oms)***

En este primer aspecto, por ejemplo, John Bryant, en su libro *Health and the Developing World* (Bryant, 1969), cuestionó la importación mecánica y acrítica “de los sistemas de asistencia médica básica de los hospitales de los países industrializados a países en desarrollo, y la carencia de un énfasis

en la prevención de enfermedades”. Afirmaba, pues, que estos servicios médicos verticales y el uso indiscriminado de las tecnologías médicas no servían para solucionar los problemas de salud de las comunidades (Bryant, 1969, citado por Cueto, 2006 [2004]: 28).

Así mismo, los trabajos de Carl E. Taylor (Taylor, 1976) y Kenneth W. Newell (Newell, 1975), evaluaron y discutieron las experiencias y limitaciones de los servicios de salud en los países en desarrollo. En cuanto a nuevas propuestas en la atención médica, surgió, en 1974, el *Lalonde Report*, el cual “disminuía la importancia atribuida al número de servicios y prestaciones médicas y proponía cuatro factores determinantes de la salud en una población, a saber, biología, servicios de salud, medio ambiente (por el cual se comprendía también el ambiente social), y los estilos de vida” (Lalonde, citado por Cueto, 2006 [2004]: 29).

Como lo menciona Cueto (Cueto, 2006 [2004]: 29), esta crisis también era percibida y criticada por actores no pertenecientes a la comunidad sanitaria. Por ejemplo, en su libro *The modern rise of population*, el médico, epidemiólogo e historiador de la medicina Thomas McKeown demostraba que, en Londres, la curva de descenso de la incidencia de la tuberculosis había comenzado a disminuir mucho antes de que la medicina pudiera descubrir un medicamento contra el bacilo tuberculoso y que, más bien, era la mejoría en las condiciones de vida en las ciudades las que estaban relacionadas con dicho descenso. A partir de este descubrimiento, concluía que la salud no se conseguiría como resultado del uso de más tecnología o de más servicios sanitarios o médicos (McKeown, 1976). En ese mismo sentido, Ivan Illich, en su libro *Némesis Médica*, planteaba que la medicina no era necesaria y, más bien, era perjudicial (iatrogénica) (Illich, 1975).

Un tiempo atrás, desde 1965, en la Sierra Madre, en el Estado de Sinaloa, México, nació el Proyecto Piaxtla, en el marco del sistema ejidal de distribución de tierras a los campesinos, surgido de la Reforma Agraria de la Revolución Mexicana de 1910. Esta llevó a que grupos de campesinos debieran asentarse en regiones muy apartadas de las grandes ciudades y, por lo tanto, se vieron en la necesidad de poner en marcha mecanismos para gestionar su propia salud. A este Programa se unió, en 1970, en calidad de asesor y facilitador, el biólogo y salubrista, David Werner. Como resultado de esta experiencia, Werner publicó un libro titulado *Donde no*

*bay doctor* (Werner, 2010 [1973]), en el cual recogió todos los documentos que contenían consejos (tips) y recomendaciones relacionadas con acciones sanitarias y que los trabajadores de salud del Programa les iban entregando fotocopiados a los campesinos de las zonas (Packard, 2016: 240).

Según una entrevista realizada por Kathryn True a David Werner, en 1994, este contaba que:

En su fase más temprana, el programa se centró en la atención curativa, la necesidad más inmediata de la población, apoyándose en los llamados “promotores de salud”, de origen popular. Estos eran formados mediante métodos participativos, aprendían con la práctica, y se hicieron relativamente competentes en el tratamiento de enfermedades y lesiones comunes. Pero al transcurrir el tiempo, el equipo de salud y los campesinos a los que servía se dieron cuenta de que volvían a aparecer las mismas lesiones y enfermedades. Como respuesta, fueron cambiando poco a poco el enfoque del programa hacia medidas preventivas y de fomento como vacunaciones, letrinas y sistemas de agua potable. Como resultado, durante esta segunda fase del programa ciertas enfermedades se hicieron menos frecuentes y la salud mejoró notablemente [...] Sin embargo, muchos niños y mujeres aún estaban desnutridos y enfermos, sobre todo en los años de malas cosechas. La tasa de mortalidad de menores de cinco años permanecía alta, especialmente entre los niños de familias pobres, que estaban sin tierra, mal pagados, mal atendidos y aventajados de muchas maneras por una pequeña minoría con tierra, salud y poder. Así el objetivo principal del programa cambió de nuevo: esta vez a la acción organizada para defender los derechos y necesidades básicas de la gente. De esta forma, el programa de salud rural evolucionó de la atención curativa a las medidas preventivas y promocionales y, más tarde, a la acción sociopolítica<sup>233</sup>. (Werner, 1994 [1973])

---

<sup>233</sup> Traducción libre tomada de <http://www.healthwrights.org/content/books/CLS/cap19.htm>

Igualmente, y como ya se había mencionado atrás al referirnos a la salud durante el gobierno de Alberto Lleras Camargo, otra experiencia se venía dando en Colombia: en 1958, el médico y salubrista antioqueño, profesor del Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad de Antioquia, Héctor Abad Gómez, había iniciado un programa de salud rural en el muy lejano y aislado pueblo de Santo Domingo, con la ayuda del médico recién graduado, Guillermo Restrepo Chavarriaga y dos enfermeras, Josefina Henao y Lola Correa. Estos tres colaboradores adiestraron a 30 mujeres jóvenes, a quienes llamaron “promotoras rurales de salud”<sup>234</sup>, con muy buenos resultados de disminución de la morbilidad y la mortalidad en la zona. No obstante, un secretario de salud del departamento de Antioquia suspendió el programa, pues le pareció muy costoso. Sin embargo, este fue reabierto en 1965 por Gustavo Romero Hernández, el nuevo Ministro de Salud, a la cabeza del cual continuó Abad Gómez desde la recién creada Escuela Nacional de Salud Pública (1964), vinculada a la Universidad de Antioquia. Aunque el Programa funcionó muy bien en un comienzo, terminó siendo un fracaso cuando, posteriormente, las promotoras de salud pasaron a ser agentes del Estado (Abad Gómez, 1986: 13-14).

Adicionalmente, en el ámbito internacional, se venían desarrollando diferentes aproximaciones prácticas a la atención médica, como la realizada por la Comisión Médica Cristiana (CMC), desde finales de los años sesenta. Esta era una organización del Consejo Mundial de Iglesias y de la Federación Mundial Luterana, que reunía misioneros médicos que trabajaban en países en desarrollo. Desde 1970, empezó a circular su revista llamada *Contact*, en la que se compartían sus prácticas en el ámbito comunitario y en la que se utilizó, por primera vez, el término “Atención Primaria en Salud”. En 1974, la CMC y la OMS empezaron a colaborar y formalizaron su trabajo conjunto (Cueto, 2006 [2004]: 30).

Otro enfoque complementario fue el propuesto por los esposos Sidney y Emily Kark, médicos surafricanos dedicados a la Medicina Social,

---

<sup>234</sup> Según Abad Gómez, ese terminó lo había aprendido en México en un viaje que realizó por allá (Abad Gómez, 1986: 13). No obstante, no hemos podido hallar la conexión, pues el Programa de David Werner se inicia unos años más tarde.

desde los años cincuenta. Estos, huyendo de la crisis política que se presentó en Durban, Sudáfrica, donde trabajaban desde 1946, y con el apoyo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se radicaron en Hadassa, Israel, en 1959. Allí, Sidney Kark trabajó como fundador y director del Departamento de Medicina Social y desarrolló lo que precisamente él llamó “Atención Primaria Orientada a la Comunidad” (APOC), modelo sobre el cual se fundamentó la enseñanza en la Escuela de Salud Pública y Medicina Comunitaria Hadassah Braun (Brown & Fee, 2002: 1744-1745).

Según H. Jack Geiger, este enfoque consistía en la integración de la medicina clínica y la salud pública, articulando “[...] los servicios de atención médica individual y de medicina preventiva, los estudios demográficos, la investigación epidemiológica, la organización comunitaria y la educación en salud [...]”. Para lograr esta integración, también era necesario trabajar en “[...] la organización de equipos multidisciplinarios de salud familiar que atendían poblaciones definidas y el tratamiento de pacientes y comunidades, bajo la lente de las ciencias biológicas, epidemiológicas, sociales y psicológicas [...]” (Geiger, 1993: 946). En este sentido, la APOC cumplía implícitamente funciones de salud pública y proporcionaba un marco local para programas de salud regionales. La premisa esencial de la APOC era que la salud pública comenzaba con la educación a la comunidad acerca de las medidas de medicina preventiva<sup>235</sup> que podían reducir las enfermedades contagiosas, sobre una buena nutrición y sobre temas como la planificación familiar. En consecuencia, la APOC coordinaba la atención clínica de los individuos con los programas de salud comunitaria<sup>236</sup> (Griver, 1999).

Según Marcos Cueto y Randall M. Packard, la otra aproximación que cobró fuerza y reconocimiento en el mundo occidental en esa época fue la forma como funcionaban los servicios médicos rurales en la

---

<sup>235</sup> Siguiendo el modelo de la Historia Natural de la Enfermedad de Leavell y Clark y su recomendación de fundamentar una medicina preventiva actuando sobre los tres grupos de factores de riesgo, planteados en la tríada ecológica de Cockburn, y durante el período preclínico de la enfermedad.

<sup>236</sup> Este enfoque de la APOC tendrá posteriormente una influencia importante en la Facultad de Medicina de la Universidad del Rosario, pero habrá que esperar hasta la decanatura de Antonio Becerra Lara, en la década de los ochenta.

China Comunista. En efecto, fue en el marco de las múltiples acciones diplomáticas preparatorias para la visita del presidente Richard Nixon a Pekín y su entrevista con el primer ministro Zhou Enlai, que un grupo de médicos norteamericanos y sus esposas<sup>237</sup> fueron invitados en 1971 por la Asociación Médica China para conocer el sistema médico rural y el uso de la medicina tradicional china, en sus diversos entornos<sup>238</sup>. Entre estos médicos se contaba Víctor W. Sidel, del Centro Médico Montefiore, de la ciudad de Nueva York, quien viajó a ese país durante septiembre y octubre del mismo año (Sidel, 1972: 1292).

Pero Sidel no fue escogido por los chinos al azar, sus anfitriones sabían muy bien de quien se trataba. Desde 1969, Sidel había sido nombrado por Martín Cherkasky<sup>239</sup> para que se convirtiera en el tercer director del Departamento de Medicina Social del Centro Médico Montefiore<sup>240</sup>. En ese año, “los programas de atención médica del Departamento se habían vuelto parte del programa de servicio del Hospital y el Dr. Sidel emprendió nuevas orientaciones médico-sociales para dicho Departamento” (Belmar, 2012: 161).

Entre ellas, la enseñanza de la salud pública, la salud ambiental y la salud ocupacional en la Escuela de Medicina Albert Einstein, desde la perspectiva de la atención primaria y de una medicina social que percibía al individuo, a la familia y a la comunidad como entidades sociales, dentro del proceso de alcanzar una sociedad más justa e igualitaria. De la misma manera, introdujo el trabajo de campo en atención primaria para

---

<sup>237</sup> Estos médicos fueron: Victor Sidel, E. Grey Dimond, Samuel Rosen y Paul Dudley White, quienes viajaron acompañados por sus esposas (Sidel, 1972: 1292).

<sup>238</sup> Así mismo, en abril de 1971 las autoridades chinas invitaron al equipo de ping-pong de Estados Unidos a participar en el campeonato mundial que se celebraba en la República Popular de China (Iriarte, 1997).

<sup>239</sup> Cherkasky había sido el fundador de la División de Medicina Social del Centro Médico Montefiore de Nueva York (que después se convirtió en Departamento de Medicina Social), y en ese momento ya era director del Hospital Montefiore (Belmar, 2012: 161).

<sup>240</sup> Sidel, físico de la Universidad de Princeton y médico de la Universidad de Harvard, fue cofundador, en 1961, de la asociación Physicians for Social Responsibility y, posteriormente, fungió como jefe de la Unidad de Medicina Comunitaria en el Hospital General de Massachusetts. Así mismo, trabajó como profesor asistente en la Escuela de Medicina de la Universidad de Harvard (Belmar, 2012: 161).

los estudiantes y residentes de Einstein y otras universidades; elaboró una conceptualización para la creación de una escuela de medicina orientada en la atención de las comunidades desfavorecidas de la ciudad de Nueva York, utilizando la experiencia de la atención primaria en salud en otros países; desarrolló un Programa de Participación en Salud Comunitaria, que trabajó con la gente del vecindario de Montefiore, además de la implementación de muchos seminarios y actividades relacionadas con la ética, el derecho y la provisión de la salud (Belmar, 2012: 161-162).

Conocedores de este bagaje, los chinos invitaron a Sidel para que conociera el servicio médico rural de su país y su uso en los trabajadores de las pequeñas villas, conocido popularmente como “los médicos descalzos” (Packard, 2016: 242), convencidos de que él seguramente sería un muy buen difusor de ese modelo en Occidente. En efecto, esa experiencia fue recogida por Sidel en su libro *Serve the People: Observations on Medicine in the People's Republic of China*, escrito en colaboración con su esposa, Ruth Sidel (Sidel & Sidel, 1973), y en varios artículos, entre ellos *The Barefoot Doctors of the People's Republic of China* (Sidel, 1972). En estos, presentó este enfoque de servicios sanitarios para la comunidad y sus enseñanzas para el modelo sanitario norteamericano. Estos médicos descalzos conformaban:

[...] un grupo diverso de trabajadores de la salud, que vivían en la comunidad a la que servían, priorizaban la asistencia médica rural antes que la urbana, y brindaban servicios preventivos más que curativos. Así mismo, se distinguían en combinar el uso de las medicinas occidentales y las tradicionales<sup>241</sup>, en un momento en que la mayoría de los médicos [occidentales y] chinos de formación universitaria desdeñaban la medicina tradicional por considerarla primitiva e ineficaz<sup>242</sup>.

---

<sup>241</sup> Como la acupuntura, la moxibustión, la herbolaria y la dietética (Croizier, 1968; Huard & Wong, 1976; Sussman, 1974; Youhua & Quin, s/f).

<sup>242</sup> Para ese momento, había en China un buen número de médicos formados en el Gran Colegio de la Unión Médica de Pekín, fundado y financiado por la Fundación Rockefeller y al que el Dr. Abraham Flexner llamaba la “Universidad Johns Hopkins de China”. <http://www.gorgas.gob.pa/Documentos/museoafc/loscriminales/instituciones/rockefeller.html>

El número de estos “médicos descalzos” fue incrementándose significativamente entre principios de la década iniciada en 1960 y la Revolución Cultural (1964-1976). “Es importante anotar que esta difusión coincidió con la entrada de China en el sistema de las Naciones Unidas (incluyendo a la OMS), en 1971, y su distanciamiento de las dos superpotencias de la Guerra Fría” (Cueto, 2006 [2004]: 31). “El interés y la información acerca de los médicos descalzos aumentó significativamente después de la visita del presidente Nixon a China, la cual potenció el viaje de más académicos norteamericanos a este país y abrió la posibilidad de hablar acerca de los experimentos chinos en la atención primaria de los médicos descalzos sin que fueran tildados de simpatizantes comunistas”. Como consecuencia, un conjunto de artículos sobre el tema apareció en los tempranos años de la década del setenta, en los cuales se describía y elogiaba el sistema de salud chino y el rol desempeñado por los médicos descalzos (Packard, 2016: 242).

Desde estas diferentes perspectivas, el concepto de atención básica (o primaria) en salud se fue transformando desde la idea de la prevención primaria de Leavell y Clark y se restringió a actividades desarrolladas en el nivel primario de los sistemas de salud de manera articulada con los equipos de todos los otros niveles secundario y terciario o de los hospitales especializados. En muchos países incluyendo Colombia, la Atención Primaria en Salud (APS) fue reducida a trabajos específicos de profesionales de nivel primario, con ayuda irregular de agentes comunitarios y con poco diálogo con otros programas de salud (Cueto, 2015: 54-55).

No obstante, algunas ideas de cambio venían floreciendo también en el seno de la OMS.

### ***Cambios al interior de la oms***

A pesar de su predilección por las campañas de erradicación de las enfermedades, la OMS venía ya poniendo en marcha planes para mejorar los servicios de salud en los países en desarrollo. Algunos de los defensores del desarrollo de estos servicios habían estado activos realizando conferencias y reuniones para crear un consenso en torno a la manera de mejorar la atención en salud en el mundo en desarrollo. En tal forma, la idea de la atención primaria en salud en los pequeños pueblos o vecindades no era nueva: el Comité Experto de la OMS para la Administración en Salud

Pública había establecido un modelo para los servicios básicos de salud, en 1953 (World Health Organization, 2008). Este incluía muchos de los elementos que más tarde harían parte del modelo de Atención Primaria en Salud, incluyendo el cuidado de la madre y el niño, el control de enfermedades comunicables, la sanidad medioambiental, el mantenimiento de los registros en salud, educación en salud, enfermería para la salud pública y el cuidado médico y, donde fuese necesario, el acceso a grandes hospitales. Sin embargo, para 1960, todavía no había dado un progreso significativo para implementar este modelo, debido al interés de los dirigentes desarrollistas de la OMS en la construcción de grandes hospitales tecnológicos siguiendo el modelo norteamericano, como se mencionó atrás (Packard, 2016: 232).

Por su parte, la Unión Soviética, que había reingresado a la OMS en 1957 y se había integrado al programa de erradicación de la viruela en los años sesenta, comenzó a cambiar de posición señalando que sin un buen desarrollo de los servicios de salud en los pueblos de bajos recursos económicos los programas verticales de erradicación, como el de la malaria, no podían funcionar bien (Brown, Fee & Cueto, 2003: 82 y 84). En consecuencia, en 1969, y recogiendo los planteamientos del movimiento que se venía dando al interior de la OMS, que insistía en la necesidad de poner en marcha programas de cuidados esenciales para las poblaciones, un representante soviético a la OMS propuso que se hiciera una revisión de las estrategias de erradicación y se integraran a los servicios básicos de salud (Litsios, 2002: 711-716; Packard, 2016: 231). Por lo tanto, “en enero de 1971, las autoridades de la OMS impulsaron un estudio que fue terminado dos años después y que marcaría un nuevo rumbo para la agencia multilateral” (Brown, Fee & Cueto, 2003: 84).

Este estudio recogió las críticas que se venían haciendo al modelo desarrollista de atención médica basado en la construcción de grandes hospitales al estilo norteamericano en los países de bajos recursos. Pues estos, aunque podrían tener una influencia en el mejoramiento de la salud de las poblaciones, en el largo plazo no representaban un impacto dramático en los programas de erradicación de las enfermedades. Estos grandes hospitales, monumentos a los avances tecnológicos en medicina, eran atractivos para los líderes de los países en desarrollo porque funcionaban

como símbolos de la modernidad y resolvían las necesidades de salud de sus élites. Igualmente, para los países donantes de dinero en la OMS, la construcción de estos grandes hospitales en los países en desarrollo les garantizaba la creación de mercados para los equipos médicos y los productos de las corporaciones farmacéuticas. Por estas razones, estos países donantes preferían mantener ese modelo en vez de invertir en atención primaria, pues ganaban mucho más dinero vendiendo equipos y medicamentos (Packard, 2016: 231-233). En consecuencia, el informe proponía la implementación de nuevos métodos para promover el desarrollo de servicios básicos de salud (World Health Organization, 49th Sesión, 1972: 19-20).

Será en este contexto en que el médico danés Halfdan Mahler (que se había vinculado a la OMS desde 1951 y que llevaba diez años como funcionario senior adjunto al Programa Nacional de Tuberculosis de la India) fue nombrado como tercer director general de esta organización, en 1973. Su experiencia en la India lo había convencido de que la organización de los servicios básicos de salud era necesaria para poder eliminar enfermedades como la tuberculosis. Así mismo, consideraba que estos servicios tenían que responder a las necesidades de las comunidades locales y deberían funcionar con la participación activa de la población, y que el establecimiento médico era una barrera para desarrollar un cuidado primario de salud efectivo (Packard, 2016: 233-234).

A partir de ese momento la OMS, ahora orientada por su nuevo director, Halfdan Mahler, comenzó a trabajar en la propuesta de apoyar el desarrollo de servicios de atención básica primaria para las poblaciones empobrecidas del globo. Su llegada a la Dirección General aceleró el proceso de constitución del concepto de Atención Primaria en Salud (APS), pues permitió que se concretaran en él todas las propuestas dispersas que habían venido surgiendo durante los primeros años de la década de 1970 (Packard, 2016: 233-234). Mahler entró en contacto con Henry Labouisse, en ese momento director ejecutivo del Fondo Internacional de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), quien tenía una valiosa experiencia en programas sociales comunitarios en salud y en educación. Ambos firmaron un acuerdo y conformaron un equipo de trabajo que, en 1975, presentó un informe, a nombre de ambas instituciones, titulado *Distintos medios de*

*atender las necesidades fundamentales de salud en los países en desarrollo* (Djukanovic & Mach, 1975), en el cual se examinaron experiencias exitosas de atención primaria en salud en los países de pocos recursos económicos (Cueto, 2006 [2004]: 34-35).

### ***“La Salud para Todos en el Año 2000” y la Conferencia Internacional de Salud de Alma-Ata de 1978***

Según Marcos Cueto, este Informe de la OMS/UNICEF “moldeó las ideas de la OMS con respecto a la APS. La 28.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud de 1975 —la principal reunión anual de la Organización— reforzó la tendencia a apoyar la creación de ‘Programas Nacionales de APS’ como una materia prioritaria y urgente”. De esta manera, dicho informe se convirtió en la plataforma para un debate mundial. En consecuencia, en la siguiente Asamblea Mundial de la Salud, la 29.<sup>a</sup>, “Mahler propuso el objetivo de la ‘Salud para todos en el año 2000’ y convirtió a este *slogan* en una parte integral de la Atención Primaria en Salud” (Cueto, 2006 [2004]: 35-36).

Todo este proceso condujo a la organización de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud, realizada en la ciudad de Alma-Ata, capital del Estado de Kazajistán, URSS, del 6 al 12 de septiembre de 1978. Este fue el evento de política de salud internacional más importante de la década de los setenta. La conferencia, organizada por la OMS/OPS y UNICEF, y patrocinada por la entonces URSS, tuvo como consecuencia la aceptación del concepto de la Atención Primaria en Salud (APS)<sup>243</sup> y su formulación como “la principal estrategia para proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo”<sup>244</sup>. Este nuevo concepto se va a ir integrando progresivamente en la orientación de los servicios de salud en Colombia y llegará a impactar la enseñanza de la medicina preventiva de las distintas escuelas de medicina nacionales<sup>245</sup>.

---

<sup>243</sup> Para un análisis a fondo de ese proceso, véase los trabajos de Marcos Cueto y de Sócrates Litsios al respecto (Cueto, 2004b: 1864-1874; Cueto, 2006 [2004]: 27-58; Cueto, 2015: 53-57; Litsios, 2002).

<sup>244</sup> Declaración de Alma-Ata: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>

<sup>245</sup> Estos planteamientos tuvieron gran importancia para la reforma de la enseñanza de medicina preventiva y del perfil del egresado de la Facultad de Medicina del Rosario,

### ***Surgimiento de una nueva Facultad de Medicina en Bogotá, orientada hacia la Medicina Comunitaria***

En este contexto y como una de las consecuencias de la reunión de Alma-Ata, nació en Bogotá una nueva escuela privada de medicina, en febrero de 1979. Ante la crisis de la educación médica de carácter público, y especialmente, como consecuencia de la que surgió con el cierre de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional y del Hospital San Juan de Dios, en 1975, algunos profesores de esta universidad habían tomado, en 1977, la decisión de comprar la clínica psiquiátrica llamada El Campito de San José, ubicada en el norte de Bogotá. Allí se inició la organización de una nueva Facultad de Medicina, que tomó el nombre de Escuela Colombiana de Medicina.

El Plan de Estudios de esta entidad se fundamentó en el modelo “biopsicosocial” de reciente creación. Este enfoque había sido propuesto en 1977 por George Engel, profesor de psiquiatría de la Universidad de Rochester, “como una alternativa para superar dos tensiones del modelo tradicional: el dualismo entre mente y cuerpo y el reduccionismo biológico”. Tuvo como punto de partida la idea de que el énfasis de la medicina por el cuerpo y la enfermedad y la desatención por la salud y por el paciente como persona estaban contribuyendo a la percepción pública de que la medicina científica era impersonal y deshumanizada. De acuerdo con Engel, “[...] toda la medicina está en crisis debido a la adherencia de un modelo de enfermedad que no es adecuado a los temas científicos ni a las responsabilidades sociales de la medicina [...]” (Engel, citado por Escobar Triana et al., 2009: 204).

Según Jaime Escobar Triana, su primer decano:

[...] Engel se inspiró en la teoría general de sistemas emergente en las ciencias biológicas, propuesta por Paul Weiss (1940) y Ludwig Von Berthalanffy (1968) [...] [la cual] sostiene que todos los niveles de organización están relacionados entre sí de manera jerárquica e interdependiente. Los seres humanos son, a la vez, seres biológicos,

---

durante la decanatura en propiedad de Antonio Becerra Lara, como lo veremos más adelante.

psicológicos y sociales. Son muchos los factores que interactúan, desde lo bioquímico y celular hasta lo social, y que contribuyen en la salud y a la enfermedad. Por consiguiente, una alteración en cualquier esfera del funcionamiento humano afecta a todas las demás. (Escobar Triana et al., 2009: 204-205)

Así mismo, esta Escuela asumió la estrategia de la Atención Primaria en Salud formulada por la Conferencia de Alma-Ata e impulsada por la OMS/OPS (Miranda Canal, 2009: 104). En consecuencia, allí se organizó un nuevo plan curricular de enseñanza médica<sup>246</sup> basado en una mezcla de las ideas de Leavell y Clark y de Lalonde y Blum, articulando la atención primaria, la medicina preventiva y la salud comunitaria (Fundación Escuela Colombiana de Medicina, 1984b: 67), tal y como estaba implícito en la Declaración de Alma-Ata y utilizando elementos pedagógicos surgidos del estructuralismo, con la intención de formar un médico de orientación comunitaria<sup>247</sup>.

Desde el punto de vista diacrónico, el Plan de estudios fue organizado en tres niveles de formación sucesivos que en principio correspondían a los tres niveles de prevención de Leavell y Clark (primario, secundario y terciario), pero desde la lectura que de esa concepción se había hecho durante la implementación del Sistema Nacional de Salud, convirtiendo esos tres niveles de prevención en tres niveles de atención médica. De esta forma, la estructura del nuevo currículo coincidía con estos tres niveles de atención. Por lo tanto, desde el Área de Medicina Comunitaria hasta el momento de la formación hospitalaria, el estudiante realizaba prácticas en los tres niveles de atención y prevención desde el inicio de su carrera: del primero al cuarto semestre su aprendizaje práctico lo realizaba en la comunidad, basándose en el modelo de la Atención Primaria; durante el

---

<sup>246</sup> Dicho plan curricular estaba compuesto de tres áreas paralelas, organizadas diacrónicamente a través de toda la carrera (Área Psicosocial, Área Bioclínica y Área de Medicina Comunitaria) y articuladas sincrónicamente por semestres (Fundación Escuela Colombiana de Medicina, 1984a).

<sup>247</sup> Para la organización del Área de Medicina Comunitaria se vinculó a la enfermera Celmira Reyes, que venía trabajando en la implementación de un programa similar en la Universidad del Valle, apoyado por la Fundación Kellogg.

quinto y sexto semestre su formación práctica estaba centrada en la Medicina Preventiva realizada en la consulta ambulatoria, correspondiente al segundo nivel de atención y prevención; y del séptimo al décimo semestre su aprendizaje se llevaba a cabo en el ámbito hospitalario, en el marco de una práctica curativa y rehabilitadora, correspondiente al tercer nivel de atención y prevención<sup>248</sup>.

Adicionalmente, como su elemento más innovador, el Plan de Estudios incluía un Seminario de Filosofía e Historia de las Ciencias y de la Medicina que cruzaba el currículo, desde el primer semestre hasta el último, con una intensidad de 4 horas semanales, en donde el estudiante investigaba y reflexionaba sobre los fundamentos filosóficos, sociológicos, antropológicos e históricos de su propio saber y de su práctica. Era el faro que iluminaba su paso por el resto del currículo y el mirador desde donde podía observar y analizar críticamente todo el saber y la práctica de la medicina que estaba aprendiendo en su carrera. Así, el Seminario estaba articulado al análisis de los contenidos de cada uno de los tres niveles de formación y había sido ideado y diseñado por el médico y pediatra rosarista Emilio Quevedo Vélez, quien lo dirigió desde sus inicios<sup>249</sup>, acompañado por un equipo interdisciplinario de médicos, historiadores, sociólogos, antropólogos, físicos y filósofos (Quevedo V., 1983a; Quevedo V., 1984a; Quevedo V., 1984b; Quevedo V., 1990).

---

<sup>248</sup> Para un análisis a profundidad de este plan curricular, véase el documento *Filosofía de un programa* (Fundación Escuela Colombiana de Medicina, 1984a).

<sup>249</sup> Quevedo, desde sus tiempos de estudiante de Medicina, recibió la influencia de sus profesores Guillermo Ferguson Manrique, Carlos Salamanca Molano y Antonio Martínez Zulaica, participó en el movimiento estudiantil en apoyo a Ferguson en 1969 y había dirigido uno de los grupos de estudio estudiantiles de la Facultad sobre filosofía política y educación. Después, como residente de Pediatría en la Universidad de Antioquia, había asistido a los cursos de Antropología y Sociología Médica del médico y antropólogo Alberto Vasco Uribe, había leído su libro en 1976 (Vasco Uribe, 1975) y había trabado amistad con él. Así mismo, durante el tiempo de su residencia había sostenido profundas conversaciones con el hematólogo Álvaro Posada, quien utilizaba la lógica dialéctica para comprender los procesos hematológicos, y recibió la influencia en pediatría social por parte de la pediatra y profesora Yolanda Turizo. Complementariamente, se interesó en la literatura, la filosofía, la política y la historia, y especialmente en la historia de las ciencias y de la medicina, entendiéndolas como herramientas de trabajo desde la perspectiva de una medicina y una pediatría social (Quevedo V., 1982; Quevedo V., 1983b).

En la práctica, este plan curricular no funcionó exactamente como estaba concebido, debido al currículo oculto presente en la mente de muchos de los profesores, que venían de la Universidad Nacional, formados en el modelo flexneriano. De todas formas y, a pesar de esto, a partir de febrero de 1979, la Escuela Colombiana de Medicina comenzó a formar médicos con la intención de que se graduaran con un perfil distinto al de aquellos educados en otras facultades de medicina del país. Este hecho desencadenó, de manera progresiva, una serie de intentos de reforma curricular en algunas de las facultades ya existentes y la aparición de algunos programas nuevos orientados hacia la salud comunitaria o hacia la medicina social<sup>250</sup>.

### ***El nacimiento de la Atención Primaria Selectiva de Salud***

Tres meses después de la fundación de la Escuela Colombiana de Medicina, la 32.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud, realizada en Ginebra, del 7 al 25 de mayo de 1979, respaldó nuevamente la Declaración de Alma Ata con una resolución en la que se declaró que la atención primaria era “la llave para alcanzar un nivel aceptable de salud para todos” (OMS, 1979). En los años posteriores, el propio Halfdan Mahler se convirtió en vocero de esta orientación y redactó varios artículos y discursos al respecto (Cueto, 2006 [2004]: 42; Mahler, 1978; Mahler, 1979: 3-5). No obstante, a pesar del respaldo y del entusiasmo iniciales, se hizo evidente que la OMS no tenía los suficientes recursos para poner en marcha la estrategia definida en Alma-Ata, lo que llevó a la aparición de varias críticas que la consideraron “demasiado amplia, idealista, algo vaga [y con] un calendario poco realista” (Cueto, 2006 [2004]: 42).

Ante esta situación, la Fundación Rockefeller organizó una conferencia en mayo de 1979 bajo el título de “Salud y Población en el Desarrollo”, la cual se llevó a cabo en su centro de conferencias ubicado en la ciudad de Bellagio, al norte de Italia. En la organización de esta reunión

---

<sup>250</sup> Esta nueva Escuela Colombiana de Medicina llegará a tener una importante influencia en las transformaciones curriculares de la Facultad de Medicina del Rosario durante la década siguiente, pero no de manera directa sino a través de la mediación y recomendación por parte del ICFES.

estuvieron implicados Robert S. McNamara, presidente del Banco Mundial desde 1978; Maurice Strong, presidente del Centro de Investigación y Desarrollo Internacional canadiense (IDRC, por sus siglas en inglés); David Bell, vicepresidente de la Fundación Ford; John J. Gillian, administrador de Usaid; y, James Grant, secretario ejecutivo de la UNICEF, entre otros.

La Conferencia estaba basada en un documento publicado por Julia Walsh y Kenneth S. Warren titulado “Atención Primaria Selectiva de Salud, una estrategia interina para el control de las enfermedades en países en desarrollo”, [la cual] buscaba causas específicas de la muerte, prestando especial atención a las enfermedades más comunes de los niños en países en desarrollo, como la diarrea, y enfermedades producidas por la falta de inmunización. (Cueto, 2006 [2004]: 42-44)

Aunque estos autores no enfrentaron abiertamente la declaración de Alma-Ata, sí propusieron una estrategia “interina” compuesta de puntos de entrada para desarrollar los servicios básicos de salud, con lo que les parecían objetivos realistas y alcanzables en el marco de una planificación racional y efectiva de programas de salud. Después de la discusión de este documento, los asistentes a la reunión de Bellagio, en nombre de las instituciones que representaban, aprobaron apoyar la nueva estrategia titulada APSS, que implicaba el uso de un paquete de “intervenciones técnicas de bajos costos, que servirían para combatir los principales problemas de enfermedades en los países pobres, hasta que se pueda implementar el programa más ambicioso de la Atención Primaria en su totalidad” (Cueto, 2006 [2004]: 44).

Al principio estas intervenciones técnicas no estaban muy claras y varias de diferente índole fueron recomendadas. Sin embargo, a partir del año siguiente, estas fueron reducidas a cuatro estrategias conocidas como GOBI (*Growth monitoring, Oral rehydration, Breast-feeding and Immunization*), que en español significaban monitoreo del crecimiento, rehidratación oral, lactancia materna e inmunización. Esta propuesta atrajo el apoyo económico de varios donantes, tanto de académicos como de agencias internacionales,

incluyendo entre los principales a la UNICEF<sup>251</sup>. Posteriormente, algunas de las agencias participantes, lideradas por esta última, añadieron las siglas FFF (*Female education, Family spacing and Food supplements*), que en español se tradujeron como educación femenina, planificación familiar y alimentación suplementaria (Ase & Buriyovich, 2009: 35), cambiando la sigla por GOBI-FFF.

Halfdan Mahler nunca se enfrentó directamente al enfoque de la Atención Primaria selectiva, aunque él mismo asistió a la Conferencia de Bellagio. Sin embargo, fue inevitable un enfrentamiento entre las dos versiones. La nueva propuesta desató un debate que terminaría en la crisis de la Atención Primaria integral surgida en Alma-Ata y que coincidiría con la crisis de la OMS a finales de los ochenta y comienzos de los noventa, que va a permitir que el Banco Mundial ocupe su lugar en el ámbito de la salud para reemplazar el vacío creado por una OMS cada vez más ineficaz, como lo veremos más adelante.

## **Final de la decanatura de Arturo Aparicio Jaramillo**

Aparicio Jaramillo continuó ejerciendo su cargo hasta mediados de 1979, un año después de que Alfonso López Michelsen terminara su período presidencial y fuera reemplazado por Julio César Turbay Ayala. Desafortunadamente, no ha sido posible localizar las actas del Consejo Directivo correspondientes a ese año. Las últimas encontradas de ese período fueron las de 1978 y las siguientes fueron las de 1980. Por esta razón, no podemos precisar la causa de la renuncia del decano, ni los pormenores de los primeros seis meses de la decanatura de su sucesor Guillermo Rueda Montaña. Lo único que se tiene claro es que en 1978 el Colegio Electoral de la Universidad había elegido a Álvaro Tafur Galvis como nuevo rector

---

<sup>251</sup> Con el nombramiento de James Grant, economista y abogado de la Universidad de Harvard, como director ejecutivo de la UNICEF, en enero de 1980, esta institución comenzó a dejar de pensar en la APS de una manera integral. Grant, hijo de un médico que había trabajado en China para la Fundación Rockefeller, estaba convencido de que las “agencias internacionales tenían que hacer lo mejor posible con sus recursos finitos y sus efímeras oportunidades locales” (Cueto, 2006 [2004]: 46). Así, en 1983, editó un libro, publicado por UNICEF en el que se explicaban las cuatro intervenciones de bajo costo contenidas en GOBI (UNICEF & Grant, 1983).

del Rosario y que fue él quien, durante su período, aceptó la renuncia de Aparicio Jaramillo.

En consecuencia, tal y como estaba estipulado, la Sociedad de Cirugía a través de su presidente, el oftalmólogo Francisco Arango Jaramillo, presentó una terna, a partir de la cual fue nombrado decano el cirujano Guillermo Rueda Montaña.

## **Decanatura de Guillermo Rueda Montaña (1979-1984)**

### **Posesión del nuevo decano**

En el contexto del gobierno de Julio César Turbay Ayala, Álvaro Tafur Galvis, nuevo rector de la Universidad del Rosario, nombró como decano de la Facultad de Medicina a Guillermo Rueda Montaña, mediante el Decreto rectoral n.º 0069 del 1.º de junio de 1979, en reemplazo de Arturo Aparicio Jaramillo.

Este reconocido profesional bogotano había estudiado medicina en la Universidad Nacional y se había formado en Cirugía General y Cirugía de Tórax en Buenos Aires, Argentina. Pasó luego a Boston, donde se entrenó en Cirugía Cardiovascular, siendo uno de los primeros especialistas en este campo en Colombia. Rueda Montaña estaba ligado familiar y emocionalmente desde tiempo atrás con el Hospital San José, ya que uno de sus tíos abuelos, Eliseo Montaña, había sido uno de los fundadores de la Sociedad de Cirugía de Bogotá y de su Hospital. Así mismo, su abuelo, Manuel Antonio Rueda Vargas, fue director del Hospital y miembro de la misma Sociedad. Como ya se mencionó, cuando se inició la Facultad de Medicina en 1965, Rueda Montaña también había participado, en compañía de Guillermo Fergusson y Juan di Doménico, en la elaboración de su innovador plan de estudios. Tenía, además, una relación muy importante con la Cruz Roja Colombiana porque su abuelo, Manuel Antonio Rueda Vargas, había sido presidente de esa entidad. El nuevo decano fue también vicepresidente de la Sociedad Internacional de la Cruz Roja, cargo que lo llevó a vivir dos años en Suiza. Tenía la experiencia de haber sido rector de la Universidad Nacional de Colombia, en donde reemplazó a

José Félix Patiño, hecho que lo vinculó con la educación médica (Ortega Ortega, 2018: 5-6).

Para ese momento, después de diez años de decanatura de Aparicio Jaramillo, la Facultad había logrado su estabilidad curricular y unas buenas relaciones con las instituciones que le servían como campos de práctica y, a pesar de que habían comenzado a aparecer algunas dificultades en las relaciones con las autoridades del Claustro, quedaban pocas cosas por resolver y modificar. Además, la Facultad había consolidado ya su vocación explícita de formar especialistas médico-quirúrgicos.

### **Reglamentos profesoral y estudiantil**

Uno de los elementos que se mostró como más urgente de solucionar en los primeros meses de la decanatura de Rueda Montaña fue el del reglamento de profesores, que hasta ese momento no se había hecho efectivo. Como se observa en el acta n.º 1 de 1980, la relación estudiante-docente en el Hospital Infantil era de 1:1.4, que era un desbalance importante en la planta docente con respecto a la demanda correspondiente. Además, existían varias irregularidades en relación con el nombramiento, ascenso y pago de nómina de los docentes de la Facultad. Por ejemplo, después de rescindirle el contrato a algunos de ellos, estos seguían recibiendo el pago, pues continuaban figurando en la nómina<sup>252</sup>.

En consecuencia, tanto los miembros del Consejo Directivo como los de la Consiliatura propendieron por la formalización y regulación de los nombramientos y de la asignación de sueldos de los profesores de la Facultad. Así mismo, y en concordancia con la coyuntura nacional de la reforma de la educación superior de ese año<sup>253</sup>, la Oficina de Educación Médica y la Secretaría de la Facultad presentaron al Consejo Directivo, el 17 de junio de 1980, un proyecto para la creación de categorías docentes

---

<sup>252</sup> Acta n.º 1 del Consejo Directivo del 5 febrero de 1980: 6-7.

<sup>253</sup> Decreto 80 del 22 de enero de 1980, “Por el cual se organiza el sistema de educación postsecundaria”; Decreto 81 del 22 de enero de 1980, “Por el cual se reorganiza el Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior”; Decreto 82 del 22 de enero de 1980, “Por el cual se establece el régimen orgánico para la Universidad Nacional de Colombia y se dictan otras disposiciones”; y el Decreto 83 del 23 de enero de 1980, “Por el cual se determina el régimen de los Colegios Mayores”.

y requisitos de ascenso<sup>254</sup>. En esta reunión, como consta en el acta correspondiente, siguiendo las recomendaciones del asesor de rectoría, se propuso que se eliminara el cargo de “monitor” y que se crearan los cargos de “instructor asistente”, “instructor asociado”, “profesor honorario” y “profesor visitante”<sup>255</sup>. Después de una serie de discusiones en el Consejo Directivo y de la creación de un Comité Docente, como consta en el acta 7 del 23 de septiembre de 1980<sup>256</sup>, se aprobó el proyecto de reglamento sobre categorías docentes y ascensos<sup>257</sup>.

Al mes siguiente, y de manera complementaria, el Consejo Directivo, la Consiliatura y la Rectoría retomaron la discusión relacionada con el nuevo reglamento estudiantil, propuesto en 1979. En el acta de la segunda reunión del Consejo Directivo de ese año, el profesor Eduardo Cubides Pardo propuso una serie de cambios al reglamento los cuales fueron discutidos y enmendados. Posteriormente, se encargó a Álvaro Daza Roa, nuevo representante del rector ante el Consejo Directivo, de elaborar un proyecto con estas modificaciones para presentarlo a Rectoría para su aprobación final<sup>258</sup>.

## **El establecimiento de las áreas de influencia de la Facultad en el marco del Sistema Nacional de Salud**

Los expertos que participaron en la elaboración del Plan de Desarrollo del gobierno de Turbay, llamado *Plan de Integración Nacional 1979-1982*, y siguiendo las orientaciones del gobierno anterior, continuaron incluyendo la política de salud en la llamada política social, es decir, no como una inversión sino como un gasto social, centrando sus acciones en el aumento de la cobertura de la atención médica en los programas de salud más no en la inversión en el ámbito de la medicina preventiva. Según estos expertos,

---

<sup>254</sup> Acta n.º 4 del Consejo Directivo del 17 de junio de 1980: 2.

<sup>255</sup> Acta n.º 4 del Consejo Directivo del 17 de junio de 1980: 2.

<sup>256</sup> De manera particular, en esta misma reunión se nombraron como integrantes del Comité Docente al cirujano Mario Negret, Francisco Cavanzo y al internista hematólogo José Lobo Guerrero.

<sup>257</sup> Lamentablemente no hemos podido encontrar aún el documento final de este reglamento docente.

<sup>258</sup> Acta n.º 2 del Consejo Directivo del 26 de febrero de 1980: 3-8.

[...] *las deficiencias e insuficiencias identificadas en el sector salud no reflejan, solamente, la escasez de recursos que, inevitablemente, impone límites al ritmo al cual pueden ser resueltos los múltiples problemas de un país en desarrollo. Ellas tienen que ver, en parte, con una asignación no del todo eficiente de esos recursos, debido a políticas inapropiadas. Por esta razón, y de acuerdo con los lineamientos de la nueva política social, el Plan de Integración Nacional contempla, dentro del programa de acciones en el sector salud, una utilización y distribución más racional de los recursos, encaminada a lograr mayores coberturas, especialmente en aquellos grupos más vulnerables y en las áreas más desprotegidas del territorio nacional. Así mismo se pretende efectuar mejoras en la calidad de atención a través de una prestación integral de los servicios y del desarrollo armónico del Sistema Nacional de Salud.* (República de Colombia. Departamento Nacional de Planeación, 1980: 215-216)

Esto implicaba, entre otras cosas, el “[...] aumento de la cobertura de atención médica” para los diferentes grupos de edad y la racionalización de la utilización y distribución de los recursos humanos de salud y, especialmente, de la atención médica (República de Colombia. Departamento Nacional de Planeación, 1980: 217). Se incluía, por lo tanto, a aquellos recursos humanos que podían aportar las universidades para apoyar la atención médica y la ampliación de las coberturas de atención hospitalaria, en el nivel de atención terciario (nacional), y de los centros y puestos de salud, en los niveles secundario (regional) y primario (local). Fue por esto que en las distintas ciudades del país se comenzó a utilizar de una manera más racional el recurso del “personal sanitario en formación” (estudiantes de medicina y de las otras profesiones de la salud) estructurando su distribución en los diferentes niveles e instituciones prestadoras de los servicios de salud.

Fue en ese contexto en el que, en 1980, Juvenal Rodas, jefe del Departamento de Medicina Preventiva y delegado de la decanatura ante la Secretaría Distrital de Salud, presentó al Consejo Directivo de la Facultad un informe de las áreas de influencia adjudicadas a la Facultad de Medicina en Bogotá y en diferentes departamentos el país, en los ámbitos

universitario, regional y local, de acuerdo con los lineamientos del Sistema Nacional de Salud y su reforma en el Distrito.

Al respecto, Rodas decía en su informe al Consejo:

En cumplimiento de la comisión ordenada, tuve oportunidad de participar, como representante de la Facultad, en la reunión efectuada en el Despacho del Señor Secretario de Salud de Bogotá con el objetivo de definir las áreas de influencia para las Facultades de Medicina con sede en la ciudad de Bogotá. Con la asistencia de los Doctores Luis José Villamizar H., Secretario de Salud de Bogotá; Abel Dueñas P., Director Ejecutivo de ASCOFAME; Germán Jiménez R., Jefe de la Oficina de Recursos Humanos del Ministerio de Salud; Jaime Escobar T. y Miguel Otero de la Escuela Colombiana de Medicina; Alejandro Molina de la Escuela de Medicina Juan N. Corpas; Julio Alberto Nieto de la Escuela Militar de Medicina; Ramses Hakim y Erix Bozón de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional y el suscrito, en nombre de la Facultad de Medicina del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, se procedió, previa la fijación de los criterios para asignación de las áreas, a determinar estas. No asistió representación de la Facultad de Medicina de la Universidad Javeriana<sup>259</sup>.

Según este documento, las áreas asignadas a la Facultad fueron las siguientes:

En Bogotá:

- Hospital de San José
- Hospital Infantil Lorencita Villegas de Santos

En el nivel regional:

- Hospital de la Victoria

---

<sup>259</sup> Rodas Botero, Juvenal a Guillermo Rueda Montaña (1980) *Carta*. Archivo de la Secretaría Académica de la EMCS. Bogotá, 23 de abril: 1.

En el nivel local:

- Hospital Local de Fontibón
- Centros de salud:
  - N.º 5 Samper Mendoza, Unidad antivenérea
  - N.º 6 Ricaurte
  - N.º 11 Puente Aranda
  - N.º 17 Trinidad Galán
  - N.º 29 Kennedy S. M. 5
  - N.º 30 Kennedy S. M 13
  - N.º 33 Estrada
  - N.º 35 Cundinamarca
  - N.º 36 Asunción Bochica
  - N.º 37 Pío XII
  - N.º 38 Engativá
  - N.º 42 Del Hospital Infantil Lorencita Villegas de Santos
  - N.º 43 Boyacá
  - N.º 48 San Pablo (Fontibón)
  - N.º 49 Internacional
  - N.º 50 Puerta de Teja
  - N.º 68 Britalia

Fuera de Bogotá:

- En Cundinamarca: Facatativá, Albán, Sasaima, Villeta, Guaduas.
- En Tolima: Honda, Mariquita, Armero, El Líbano.
- En Boyacá: Puerto Boyacá.
- En la Intendencia de Caquetá.
- En la Comisaría de Vichada.

Por otra parte, se decidió que las siguientes áreas fueran compartidas:

- Con la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional: el Hospital de la Victoria.

- Con la Facultad de Medicina de la Universidad Militar: el Hospital local de Fontibón, el centro de salud n.º 29 Kennedy S.M. 5 y el n.º 30 Kennedy S. M. 13<sup>260</sup>.

Una vez presentado el informe, el profesor Rodas solicitó que su contrato fuera modificado de tiempo completo a medio tiempo, mientras que se nombraba como jefe de la Cátedra de Salud Pública al profesor Gregorio Quintero Machado, quien tendría desde este momento dedicación de tiempo completo en la Facultad<sup>261</sup>. Para finales de 1983 se nombró a Oswaldo Cáliz Peña como director del Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública en reemplazo de Gregorio Quintero Machado, por recomendación de este y de Juvenal Rodas<sup>262</sup>.

### **Puesta en marcha de la propuesta de un currículo integrado**

La Cátedra de Bioquímica se había fundado en la Facultad de Medicina en el primer semestre de 1967, al iniciarse el tercer semestre del currículo, y funcionó como una materia independiente y en forma simultánea con el curso de Fisiología, iniciado en la misma época. A partir de 1982, durante esta decanatura, y como resultado de la propuesta realizada en 1979 por Juan Consuegra y Roberto Jaramillo, se integraron los cursos de Química General y Orgánica, Física y Biología, que pertenecían al primer semestre de la carrera, en una sola materia, denominada *Ciencia Básica I*. Así mismo, el curso de Morfología, que incluía Anatomía e Histología, se reunieron en una sola materia que se denominaba *Ciencia Básica Integrada II* y, Bioquímica y Fisiología, que pertenecían al tercer semestre, se articularon bajo el nombre de *Ciencia Básica Integrada III* (Barbosa, 1996: 136-137).

---

<sup>260</sup> Rodas Botero, Juvenal a Guillermo Rueda Montaña (1980). *Carta*. Archivo de la Secretaría Académica de la EMCS. Bogotá, 23 de abril: 2-3.

<sup>261</sup> Acta n.º 5 del Consejo Directivo del 5 de agosto de 1980: 2.

<sup>262</sup> Acta n.º 9 del Consejo Directivo del 22 de septiembre de 1983: 4.

## **El final de gobierno de Turbay y los comienzos de la presidencia de Belisario Betancur Cuartas**

Durante el resto del gobierno de Turbay aumentaron las actividades de los grupos guerrilleros, lo cual desestabilizó aún más a la Nación en el terreno de la paz social. Entre ellos, el M-19 se hizo muy visible contribuyendo a aumentar la turbulencia del país, protagonizando secuestros y asesinatos de empresarios y líderes sindicales<sup>263</sup> (Melo, 2017: 253). Esto ocurrió precisamente en un momento en el cual, después de lograr la conciliación con la “clase política” y con los gremios económicos, el gobierno intentaba restablecer el diálogo con algunas organizaciones sindicales, aprovechando el fracaso electoral de una izquierda debilitada por sus divisiones internas y sus disputas ideológicas (Pécaut, 1989: 319).

En diciembre de 1978 y en forma espectacular, el M-19 había saqueado los depósitos de armas del Cantón Norte, principal centro militar de Bogotá, a través de un túnel abierto desde el otro lado de la calle que les permitió a sus miembros llegar hasta el depósito y extraer más de 5.000 armas (Santos Calderón, 2018: 84). “La reacción del ejército fue de orgullo ofendido: centenares de presuntos militantes fueron detenidos y sometidos a violentos interrogatorios. Los militares lograron capturar decenas de dirigentes y centenares de miembros del M-19, usando la tortura y otros medios ilegales, lo que deslegitimó, a la larga, la lucha contra la guerrilla” (Melo, 2017: 253).

La aprobación del Estatuto de Seguridad y los subsiguientes abusos oficiales tuvieron como consecuencia que grupos civilistas de ambos partidos, abogados, organizadores sindicales y políticos comenzaran a conformar movimientos en defensa de los derechos humanos. El gobierno y los militares acusaron a estas organizaciones de apoyar el proyecto guerrillero y “descalificaron las denuncias de torturas y maltratos como parte de una estrategia subversiva”. Los intentos de jueces y juristas demócratas de castigar a los militares por sus excesos fueron denunciados también,

---

<sup>263</sup> Este proceso se había iniciado con el secuestro, por parte del M-19, de José Raquel Mercado, director de la Confederación de Trabajadores de Colombia (CTC), “confederación sindical asociada con el liberalismo, ejecutado como traidor al movimiento obrero”, en 1976, todavía durante el gobierno de López Michelsen (Melo, 2017: 253).

por estos últimos, como “colaboración inadmisible con la guerrilla” (Melo, 2017: 253-254).

Simultáneamente, desde la izquierda, se analizaban los efectos negativos de su división en varios grupos y líneas, “motivada por teorías dogmáticas y por la fidelidad a las distintas sedes mundiales del socialismo: había partidos y guerrillas prorrusas, prochinas, procastristas, trotskistas, partidarios o enemigos del uso de las armas y la violencia, reformistas o revolucionarios”. Esto había llevado a resultados electorales pobres y al debilitamiento de las luchas de los sindicatos, por lo tanto, al interior de la izquierda se comenzó a plantear un cambio de política (Melo, 2017: 254).

### ***Firmes y la revista Alternativa***

En ese contexto surgió el movimiento político llamado *Firmes*, en 1978, el cual, apoyado en la revista *Alternativa*<sup>264</sup>, luchó por “la unidad electoral de la izquierda y aglutinó a personalidades como García Márquez, Diego Montaña Cuellar, Eduardo Umaña Luna, Guillermo Fergusson<sup>265</sup>, Luis Carlos Pérez y Gerardo Molina, entre otras” (Santos Calderón, 2018: 97). En 1979, este movimiento lanzó “un manifiesto a favor de un candidato [presidencial] único contra el sistema que tuvo una acogida masiva”, proceso que favoreció la consolidación del movimiento *Firmes*, el cual trataba de lograr la unidad de la izquierda y renunciaba a la lucha armada, actitud

---

<sup>264</sup> La revista *Alternativa* había sido fundada a finales de 1973, como resultado de “la confluencia [favorecida por Enrique Santos Calderón, quien sería su director] de distintos grupos de investigadores y comunicadores por la necesidad de armar un medio de comunicación que reflejara a la Colombia que no aparecía en la llamada ‘gran prensa’ [es decir] a la Colombia que en esos años protagonizaba grandes protestas sociales que no se veían registradas en los medios”. Entre sus fundadores estuvieron personalidades académicas y periodísticas como “Jorge Villegas, Orlando Fals Borda, Bernardo García, Cristina Latorre, José Vicente Katarain, Diego Arango, Nirma Zárate y Carlos Duplat [...] y, por supuesto, García Márquez [...]. La revista impactó, desconcertó y escandalizó [...]. Fue un fenómeno novedoso que por su espíritu heterodoxo y el empleo de un lenguaje más fresco, visual y humorístico tuvo gran difusión y sacó a la izquierda de su gueto periodístico” (Santos Calderón, 2018: 94). La revista tuvo gran influencia en los medios estudiantiles durante sus seis años existencia, hasta 1980.

<sup>265</sup> Fergusson se vinculó a la revista *Alternativa*, en la cual publicó varias columnas de opinión relacionadas con temas variados, pero también sobre la política de salud y la situación social de la profesión médica.

que la acercaba a los movimientos llamados de “socialismo democrático” o “socialdemócratas”. Por su parte, “el M-19, que no tenía un partido político propio, lo apoyó en forma encubierta”. Esta situación creó contradicciones frecuentes que terminaron destruyendo el movimiento después de un mal resultado en las elecciones de 1982 (Melo, 2017: 254).

### ***La toma de la Embajada, la Comisión de Paz y la elección de Belisario Betancur como presidente***

Pero los conflictos del orden público no cesaron: en febrero de 1980, en pleno gobierno de Turbay, el M-19 se tomó la embajada de la República Dominicana, “con el fin de presionar la liberación de sus dirigentes guerrilleros presos por el robo de las armas en el Cantón Norte [...] luego de 61 angustiosos días se produjo el desenlace pacífico” del conflicto (Santos Calderón, 2018: 100). Según Jorge Orlando Melo, dicha negociación implicó el pago de un rescate millonario a los miembros del M-19 para que se fueran para Cuba y el compromiso del presidente Turbay, que permitió la liberación de los rehenes sin que hubiera víctimas (Melo, 2017: 255). No obstante, al revisar la información registrada en la prensa al cumplirse 39 años de la toma de la Embajada, el periodista afirma que durante el proceso de diálogo para resolver la situación,

el gobierno de Julio César Turbay Ayala se comunicó con los guerrilleros a través del canciller Diego Uribe Vargas. Los contactos dieron sus frutos porque el jueves 28 fueron liberadas 13 personas, entre ellas 10 mujeres, un joven de 16 años, y dos heridos. También se retiró el cadáver del guerrillero muerto que se había identificado como José Raúl Gómez, alias Camilo, pero de quien después se conoció su verdadera identidad que era la de Carlos Arturo Sandoval. Fue el único muerto de la operación. También se decidió que no habría noticias en directo y que la radio debía suspender las transmisiones radiales sobre la toma de la embajada<sup>266</sup>.

---

<sup>266</sup> <https://www.eltiempo.com/bogota/toma-del-m-19-de-la-embajada-de-la-republica-dominicana-cumple-39-anos-332340>

El desgaste por la violación de los derechos humanos afectó la persistencia del enfrentamiento armado con la guerrilla y algunos políticos, entre ellos Carlos Lleras Restrepo, promovieron conversaciones con la guerrilla y una ley de amnistía. Se conformó así una Comisión de Paz que, por no encontrar el respaldo suficiente, se disolvió pronto (Melo, 2017: 255). “Los dirigentes del partido conservador, Misael Pastrana Borrero y Álvaro Gómez Hurtado, habían manifestado públicamente sus reticencias hacia las propuestas presentadas en mayo de 1982 por la Comisión Nacional de Paz, y habían proclamado en muchas ocasiones su solidaridad con la acción de las fuerzas armadas” (Pécaut, 2006: 304). Como consecuencia del fracaso de esta Comisión, “el M-19 adoptó como lema ‘por las armas, al poder’ [...] de todos modos, la semilla de la negociación estaba sembrada y, en las elecciones de 1982, los candidatos se presentaron como candidatos de paz” (Melo, 2017: 255).

Aunque Belisario Betancur Cuartas se había lanzado a la contienda electoral como representante de un “movimiento nacional”, este político seguía oficialmente ligado al Partido Conservador y nadie se podía imaginar que “pudiera tener las manos suficientemente libres como para promover a la vez una verdadera apertura política y una amnistía más amplia que los textos anteriores”<sup>267</sup> (Pécaut, 2006: 304).

Betancur Cuartas era un hombre de origen humilde. Había nacido en la vereda de El Morro de la Paila, en el municipio de Amagá, Antioquia, en 1923, zona minera por excelencia, y allí había iniciado sus estudios primarios. Realizó sus estudios secundarios, becado, en el Seminario de Misiones de Yarumal y se graduó luego, en 1941, como bachiller del colegio de la Universidad Católica Bolivariana<sup>268</sup> de Medellín. Continuó luego sus estudios de Derecho en la misma Universidad, donde se graduó como doctor en Derecho y Economía con la tesis *El orden público económico*. Comenzó su carrera política en 1945 como diputado a la Asamblea de Antioquia por el Partido Conservador, para saltar después, en 1950, a la Cámara de

---

<sup>267</sup> Se refiere a los textos elaborados en mayo de 1982 por la Comisión Nacional de Paz.

<sup>268</sup> Hoy Universidad Pontificia Bolivariana.

Representantes, siendo el único diputado que respaldó a Laureano Gómez como presidente constitucional, y llegando a ser, entre 1953 y 1957, miembro de la Asamblea Nacional Constituyente, que fue convocada por Gustavo Rojas Pinilla. Ya se había presentado como candidato disidente del Partido Conservador a las elecciones presidenciales de 1970, en las que triunfó el candidato oficial, Misael Pastrana Borrero. Tanto por su origen social campesino como por su actitud política disidente y contestataria, Betancur no tenía compromisos políticos con las élites económicas y políticas del país. En la nueva lucha electoral, “el conservador Belisario Betancur, amigo de los sindicatos y [de] la izquierda, fue elegido” como presidente, con la idea de que “cambiaría la estrategia represiva del gobierno de Turbay, rechazada por votantes urbanos de opinión, que reaccionaban contra la corrupción y la arbitrariedad oficiales” (Melo, 2017: 255).

Betancur se posicionó en el solio presidencial el 7 de agosto de 1982. Al respecto, Jorge Orlando Melo hace un muy buen resumen de las características más significativas del inicio del nuevo gobierno:

[...] inauguró su gobierno rompiendo con las políticas anteriores. Su política internacional lo acercó a los países no alineados y críticos del ‘imperialismo’ y se convirtió en defensor decidido de los procesos de paz en Centroamérica, como miembro del Grupo de Contadora, enfrentando a la política estadounidense que buscaba desestabilizar al gobierno sandinista de Nicaragua. Ante las señales de corrupción en el sector bancario<sup>269</sup>, investigaciones rápidas llevaron a la cárcel a conocidos banqueros<sup>270</sup>. Insistió en un proyecto de vivienda sin cuota

---

<sup>269</sup> Fenómeno que se había agudizado desde el gobierno de Turbay, como ya se dijo atrás.

<sup>270</sup> Su punto más escandaloso fue el ya mencionado caso del banquero Jaime Michelsen Uribe. Al descubrirse sus autopréstamos y sus manejos bancarios, el gobierno del presidente Betancur ordenó su encarcelamiento. Estos tejemanejes, que enriquecieron a un buen número de funcionarios, pero que despojaron de su dinero a un gran número de ahorradores, terminaron con la quiebra del Grupo Gran Colombiano, dirigido por el propio Michelsen. Véase <https://www.semana.com/edicion-impresa/caratula/articulo/la-quiebra-del-grupo-grancolombiano/182460/> es el mismo consultado, pero cambio la dirección.

inicial que favoreció a los más pobres y apoyó la elección popular de alcaldes, aprobada en 1986 y que se aplicó por primera vez en 1988. (Melo, 2017: 255-256)

Pero las cosas se complicaron, como veremos más adelante, con el crecimiento y empoderamiento de los grupos de narcotraficantes que terminaron enfrentando al gobierno y afectando la vida nacional.

### **Modificaciones al Convenio entre la Sociedad de Cirugía de Bogotá y la Universidad del Rosario**

En el marco del conflicto social de finales del gobierno de Turbay y comienzos del de Belisario, se presentó una crisis entre la Sociedad de Cirugía de Bogotá y la Universidad del Rosario que, aunque no directamente relacionada con el conflicto, sí dejaba ver el ambiente de tensión que se vivía en el país en ese momento.

Como parte de la gestión del decano Rueda Montaña y, como él mismo lo mencionaba, para “dar a la Sociedad una voz más importante en las decisiones de la Facultad”, el 4 de agosto de 1982 se introdujeron algunas modificaciones al contrato vigente desde 1965 entre la Universidad y la Sociedad de Cirugía de Bogotá. Esto ocurrió como resultado del primer intento de separación que, luego de superar días difíciles, “desembocó en un nuevo convenio que logró la esperada modificación del contrato, gracias a la amplitud e inteligencia del rector Álvaro Tafur” (Rueda Montaña, 1996: 104). Estas modificaciones se vieron reflejadas en la creación de un Consejo Directivo Paritario presidido [paradójicamente], desde ese momento en adelante, por el rector de la Universidad del Rosario, en vez del director de la Sociedad.

Después de modificado el convenio con la Sociedad de Cirugía de Bogotá, durante 1983, el Consejo Directivo hizo notar la necesidad de configurar un Comité Asesor Académico que pudiera manejar los aspectos académicos de la Facultad y que estuviera integrado únicamente por personal de la Universidad del Rosario. Así, en sesión del 26 de mayo<sup>271</sup>,

---

<sup>271</sup> Acta n.º 4 del Consejo Directivo del 26 de mayo de 1983.

se presentó al Consejo Directivo un proyecto de reglamentación para el Comité Asesor Académico de la Facultad de Medicina, el cual fue aprobado en la sesión del 17 de junio<sup>272</sup>. No obstante, parece ser que dicho Consejo no sesionó nunca, pues no se volvió a tener mención de él.

Al replantearse el convenio con la Sociedad de Cirugía de Bogotá, en 1983, se vio la necesidad de tener un nuevo convenio con el Hospital Infantil, que revisara los términos de cooperación y de espacio para los estudiantes del Rosario. Así mismo, se propuso la afiliación de la Fundación Oftalmológica Nacional (Fundonal), como campo de práctica de la Especialización en Oftalmología. Este convenio fue finalmente avalado por el Consejo en 1986, durante la decanatura de Antonio Becerra Lara (Fundación Oftalmológica Nacional, 2009: 78-79).

### **Reorganización de la Fundación “Facultad de Medicina del Rosario”**

En 1983, la Facultad canceló la cuenta de ahorros del Banco de Bogotá en la que se encontraba el capital de la Fundación “Facultad de Medicina del Rosario”, creada en 1975, que ya llegaba a \$1.529.077.34, suma que fue trasladada a una cuenta para la Fundación para la Educación Superior (FES), esperando que para el 20 de mayo de ese año se completara la suma de \$4.813.017.77<sup>273</sup>. Para diciembre de ese mismo año, se encontraba, efectivamente, un saldo a favor de la Fundación para la Educación Superior de \$6.125.499.15<sup>274</sup>.

### ***Perfeccionamiento de los mecanismos de admisión y traslado de algunos internos por problemas de orden público***

Según el decano Rueda Montaña, durante su administración “se perfeccionaron los procedimientos de admisión, teniendo en cuenta las necesidades de las dos instituciones y la buena selección de estudiantes. Los resultados obtenidos, por demás excelentes, pueden ser confirmados por la calidad

---

<sup>272</sup> Acta n.º 5 del Consejo Directivo del 17 de junio de 1983: 4-5.

<sup>273</sup> Acta n.º 1 del Consejo Directivo del 11 de marzo de 1983: 6.

<sup>274</sup> Acta n.º 2 del Consejo Directivo del 12 de marzo de 1984: 6.

de los egresados de esa época”. Así mismo, como parte de esta política, se anuló el porcentaje de admisión para las mujeres, que había impuesto el decano Aparicio, por considerarlo discriminatorio, dando vía al libre ingreso de personal femenino a la Facultad, en abierta competencia con el personal masculino (Rueda Montaña, 1996: 104).

### ***Mejoramiento de la situación económica de la Facultad***

Otro aspecto que se consolidó durante la decanatura de Rueda Montaña fue el del mejoramiento de la situación económica de la Facultad. La crisis que se venía viviendo en su interior era un reflejo de las dificultades económicas del país en ese momento y el crecimiento de la inflación. Por estas razones, se incrementaron “los valores de matrícula en forma paulatina, lográndose una nivelación económica que permitió mejorar los sistemas y equipos de docencia del Hospital de San José”. Durante esa decanatura, la Facultad aceptó numerosas transferencias de estudiantes de otras universidades, debido a su alto prestigio y por los problemas surgidos en esas instituciones, en especial, aquellas que estaban localizadas fuera de Bogotá (Rueda Montaña, 1996: 105).

### **El conflicto social y su impacto en las prácticas extramurales del programa de internado de la Facultad**

Belisario Betancur, siguiendo el discurso nacionalista, rechazó la extradición de colombianos a Estados Unidos, hecho que debilitó la capacidad para enfrentar el auge del narcotráfico y la arremetida de Pablo Escobar contra el Estado cuando, en 1983, fue acusado por un juez por un asesinato cometido años atrás y el Congreso le quitó la inmunidad parlamentaria. Ante este ataque por parte del Estado, Escobar respondió, en abril de 1984, con el asesinato del ministro de Justicia, Rodrigo Lara Bonilla, y de ahí en adelante se desató una fuerte guerra entre el Estado y los narcotraficantes: “Entre 1985 y 1987 fueron asesinados decenas de jueces y magistrados que adelantaban procesos contra Escobar y otros narcotraficantes” (Melo, 2017: 256).

Simultáneamente, el presidente inició un proceso de negociación con la guerrilla del M-19 y logró una “ley de amnistía que permitió a unos 1500 guerrilleros salir de las cárceles sin que sus grupos entregaran las

armas y sin que los beneficiarios tuvieran que renunciar a la guerra”. Esto permitió una tregua breve con el M-19, que había vuelto a las armas desde comienzos de 1983. Esta actitud hizo que los militares, a los que además la procuraduría estaba investigando por su apoyo a grupos paramilitares, se enfrentarían al presidente organizando un connato de golpe de Estado, lo que llevó a que Belisario forzara el retiro del ministro de Defensa, general Fernando Landazábal Reyes (Melo, 2017: 256-257).

Como parte de este proceso, en marzo de 1984, las FARC firmaron un acuerdo de cese al fuego en La Uribe, Meta, y el M-19 hizo lo propio en agosto del mismo año, acuerdo al que se sumó el Ejército Popular de Liberación (EPL) ante la promesa de un diálogo nacional. No obstante, “esos pactos imprecisos minaron el camino a un acuerdo real de paz”. El fracaso de este proceso llevó al exacerbamiento del conflicto social, promovió la alianza entre los sectores del ejército opuestos a la negociación y los grupos armados paramilitares, creados por terratenientes narcotraficantes para defenderse de la guerrilla. En ese contexto nació la convicción social de que “las guerrillas eran una respuesta a unas condiciones objetivas injustas”, reconociéndose socialmente la existencia en Colombia de “serias injusticias sociales y graves limitaciones de la democracia. De esta manera, a pesar del fracaso en el corto plazo, el esfuerzo de negociación de Betancur legitimó, en el largo plazo, una vía de solución política del conflicto armado”, que parecía ser la única realista y que fue acogida por todos los gobiernos siguientes (Melo, 2017: 258-259).

Pero, por otra parte, y de acuerdo con lo que relata el historiador colombiano Jorge Orlando Melo, ya desde 1977, a finales del gobierno de Alfonso López Michelsen, y como resultado del crecimiento de las actividades del narcotráfico, las guerrillas campesinas empezaron a enfrentar un nuevo desafío: la aparición de los grupos de ejércitos paramilitares. Entre ese año y el siguiente, 1978, durante el inicio del Gobierno de Julio César Turbay, estos grupos comenzaron a organizarse en la zona del Magdalena Medio (en torno a Puerto Boyacá), “como respuesta a los ataques de las guerrillas a terratenientes y políticos locales. Eran grupos armados financiados por propietarios, entrenados por militares retirados y que usaron, como las guerrillas comunistas, el nombre de ‘autodefensas campesinas’”. De 1981 en adelante, estos grupos comenzaron a ser apoyados por los

principales carteles de la droga, cuyos jefes también se habían convertido en poderosos terratenientes, “crecieron con rapidez y se extendieron hacia [los territorios] donde actuaban las FARC, el ELN, el EPL, o el M-19”. Así mismo, durante el año de

1983, muchos mandos locales del ejército, irritados por la política de negociaciones del gobierno [de Belisario Betancur Cuartas], molestos por las críticas a las violaciones de derechos humanos y frustrados por los controles legales de las autoridades civiles, apoyaron a estos grupos, que, a su vez, ayudaban al ejército con información sobre simpatizantes de la guerrilla y posibles secuestradores y extorsionistas. (Melo, 2017: 262)

Esta situación de conflicto y enfrentamiento entre los diversos grupos guerrilleros, los grupos paramilitares y el ejército, se prolongó por muchos años más, lo cual desencadenó durante todo ese tiempo serios problemas permanentes de orden público en varias zonas del país, que, a su vez, alteraron y obstaculizaron las labores de los profesionales de la salud y de la llamada “Misión Médica”, en buena parte de los territorios rurales nacionales.

En efecto, en 1984, y en el marco de dicho conflicto, algunos estudiantes de la Facultad venían realizando prácticas de internado en los hospitales de Florencia y de Puerto Boyacá, zonas que se caracterizaban por la presencia permanente de estas alteraciones del orden público. Debido a esta situación y al riesgo que podrían tener esos estudiantes que rotaban por hospitales localizados en zonas de conflicto, el consejero Antonio Ucrós Cuéllar expresó su preocupación sobre la seguridad de estos. Sobre este tema, el decano Rueda Montaña manifestó que deberían existir tres posibilidades de internado: 1) una rotación de 12 meses por los diferentes departamentos: pediatría, gineco-obstetricia, medicina interna y cirugía en el Hospital de San José; 2) un programa de rotación mixta por el Hospital de San José y áreas periféricas seguras; y 3) un internado en otros hospitales.

La propuesta fue bien recibida por los demás miembros del Consejo, por lo que se encomendó a la Oficina de Educación médica su programación y ejecución<sup>275</sup>.

## **La Primera Reforma de COLCIENCIAS**

Como se planteó en los primeros capítulos de este libro, el Fondo Colombiano de Investigaciones Científicas y Proyectos Especiales “Francisco José de Caldas” (COLCIENCIAS) y el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CNCyT) habían sido creados durante el gobierno de Carlos Lleras Restrepo, el 20 de noviembre de 1968, durante el proceso de reforma del Estado que este mandatario había puesto en marcha, y fueron adscritos al Ministerio de Educación Nacional (Plata, 2013: 66-68).

COLCIENCIAS, como parte de su misión, contaba con la potestad de poner en marcha proyectos especiales relacionados con el desarrollo de la ciencia y la tecnología (Plata, 2013: 82). Entre estos figuraron el proyecto del Instituto de Investigaciones Marinas (Invemar), fundado en 1974, que contó con la cooperación alemana, y el proyecto del Sistema Nacional de Información, que se logró con el apoyo de la UNESCO y del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Entre 1978 y 1982, en el marco del Proyecto UNESCO-PNUD-Colombia, COLCIENCIAS también llevó a cabo importantes trabajos en política científica para los sectores energético, agropecuario y minero; y organizó un programa presupuestario para la inversión en ciencia y tecnología, orientado fundamentalmente a la transferencia de tecnología (Plata, 2013: 82-83).

Como parte de ese proceso, COLCIENCIAS creó la revista *Ciencia, Tecnología y Desarrollo*, en 1977, en colaboración con el Ministerio de Trabajo, para divulgar los trabajos relacionados con los temas de política científica y tecnológica producidos en América Latina y en Colombia, así como sobre el impacto del cambio técnico en el empleo. Las investigaciones recogidas en esta revista ayudaron a consolidar un pensamiento local sobre la ciencia y la tecnología (Plata, 2013: 83).

---

<sup>275</sup> Acta n.º 3 del Consejo Directivo del 2 de mayo de 1984: 3.

Ya en ese momento del gobierno de Belisario Betancourt Cuartas, y siendo director de COLCIENCIAS Eduardo Aldana (1983-1986), en un foro público realizado en Bogotá a finales de 1983, se aprobó un Plan de Concertación Nacional en Ciencia y Tecnología el cual le dio vía a una nueva estrategia que incluía el fortalecimiento de la estructura científica y tecnológica; el mejoramiento de la capacidad innovadora del sector productivo; la aplicación de la ciencia y la tecnología a la solución de los problemas sociales básicos; el afianzamiento de la capacidad nacional de negociación tecnológica; la popularización de la ciencia; el fortalecimiento de los servicios científicos y tecnológicos; y la concertación de políticas, planes y programas de ciencia y tecnología. Esto condujo a la construcción concertada de programas nacionales de investigación<sup>276</sup> en la que participaron el gobierno y los sectores productivos y académicos (Plata, 2013: 86). Era la primera aproximación colombiana a la utilización del Triángulo de Sábato, como fundamento teórico-metodológico de la política científica y tecnológica<sup>277</sup>.

Bajo la dirección de Aldana se recibió el crédito BID-I, por 20 millones de dólares, que había sido negociado por la administración anterior de Otero Ruiz, con el apoyo de Pedro José Amaya Pulido, y cuya ejecución estrechó los vínculos entre investigadores, empresarios y el sector productivo del país. Concomitantemente, el Decreto 3636 del 4 de noviembre de 1983 reorganizó la estructura de COLCIENCIAS, diferenciando las actividades que propiciarían el desarrollo científico y tecnológico de las que crearían las capacidades y servicios esenciales para el desarrollo de

---

<sup>276</sup> Eran 11 programas nacionales que tenían carácter sectorial: ciencias exactas, ciencias sociales, ciencias del mar, agricultura, industria, minería, educación, salud, vivienda y desarrollo urbano, información científica y tecnológica y electrónica (Plata, 2013: 86).

<sup>277</sup> El Triángulo de Sábato era un modelo de política científico-tecnológica, muy de boga en la época, que postulaba que era necesario que el Estado (como diseñador y ejecutor de la política), las universidades y la infraestructura científico-tecnológica (como sector de oferta de conocimiento y tecnología) y el sector productivo (como demandante de conocimiento y tecnología) estuvieran relacionados entre sí fuertemente y de manera permanente. La idea del triángulo fue propuesta por el economista canadiense John Kenneth Galbraight y desarrollada como modelo de política científica y tecnológica por el físico y tecnólogo argentino autodidacta Jorge Alberto Sábato (Sábato, 1975; Sábato, 1979).

la investigación. De esta forma, comenzó a pasarse de una investigación por oferta de las universidades a una centrada en las demandas de investigación por parte del sector productivo (Plata, 2013: 86-87). El préstamo BID-I permitió financiar los proyectos de investigación, con un aumento que pasó de 2.290 millones de pesos anuales, entre 1969-1983, a 18.000 millones anuales, entre 1984-1988. El promedio por proyecto pasó de 28 millones a 140 millones (Plata, 2013: 89).

Todas estas reformas de COLCIENCIAS tuvieron un importante impacto en los principales usuarios de la ciencia y la tecnología en el país, como lo eran las universidades e institutos de investigación públicos y privados, y algunas industrias. No obstante, a pesar de que la Universidad del Rosario continuaba considerándose a sí misma como una universidad de docencia y seguía manteniéndose al margen de ese proceso, muy prontamente, a través de la influencia del ICFES, los cambios en ciencia y tecnología inducidos por COLCIENCIAS van a comenzar a llegar a la institución y la investigación será incluida en sus planes de estudio.

## **Decanatura interina de Antonio Becerra Lara (1984-1988)**

En octubre de 1984, el decano Rueda Montaña renunció a la decanatura<sup>278</sup>. Como consecuencia de la renuncia del decano Guillermo Rueda Montaña, en octubre de 1984, ya durante la presidencia de Belisario Betancur Cuartas, el neurocirujano Antonio Becerra Lara asumió interinamente la decanatura de la Facultad de Medicina. Becerra Lara había nacido en Sogamoso, en 1928. Entró a estudiar Medicina en la Universidad Nacional de Colombia en 1946, donde se graduó de médico y cirujano en 1954. Partió para los Estados Unidos en 1955, para ir a especializarse; primero llegó a la Universidad de Georgetown y a finales de ese año se trasladó a la Clínica Mayo de Rochester, Minnesota. Allí finalizó sus estudios en Neurocirugía, después de cuatro años, presentando sus exámenes en octubre de 1959. Fue uno de los pioneros de la Neurología Clínica y de la Neurocirugía en nuestro país y perteneció a la Junta Directiva del

---

<sup>278</sup> Desconocemos las causas debido a la ausencia de las actas del Consejo de ese año y a que no encontramos ningún dato al respecto en otros documentos (*Nota de los autores*).

Hospital Infantil Lorencita Villegas de Santos. Fue, además, presidente de la Sociedad de Cirugía de Bogotá entre 1980 y 1984 (Mendoza Vega, 1993: 145-148; Ortega Ortega, 2018).

### **Fundación de la Asociación de Médicos Egresados**

Una de las acciones más destacadas durante esta decanatura fue la fundación de la Asociación de Médicos Egresados de la Facultad de Medicina del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario (EMEROSAJ: Egresados Médicos Rosaristas y de San José), la cual se llevó a cabo el 22 de noviembre de 1984, por iniciativa del cirujano rosarista Rafael Riveros Dueñas, egresado de la octava promoción. En su casa de la calle 87 con carrera 11 se reunieron los médicos rosaristas Bernardo Albornoz Ucrós, Rafael Riveros Dueñas, Fernando Isaza Ángel, Arturo Aparicio Laserna, Álvaro Morales González, Gonzalo Ucrós Rodríguez, Juan Guillermo Uribe Ángel, Francisco Durán Cabal, Cecilia Burgos de Taborda, Ignacio Ucrós Díaz, Jairo Garavito Mejía, Francisco Barreto Schmedling, Alfonso Tribín Ferro y Álvaro Turgeman Arenas, para fundar dicha Asociación (Pallares Pérez, 1996: 284). Como presidentes de esa Asamblea de Constitución fueron nombrados los médicos Bernardo Albornoz y Rafael Riveros y allí se presentó el proyecto de estatutos, se nombró una comisión encargada de su revisión y de los trámites pertinentes para su elaboración definitiva. Esta comisión quedó también encargada de informar sobre este acto de constitución a las directivas de la Facultad de Medicina y de la Sociedad de Cirugía de Bogotá. La Comisión también quedó facultada para tramitar la correspondiente personería jurídica (Rosaristas, 1996: 283).

### **La Facultad se prepara para la reestructuración curricular: la integración de las ciencias básicas**

Jimmy Schiemann Delgado, neurólogo, y secretario académico durante la decanatura de Becerra Lara, afirmaba que durante esta decanatura se dio un importante trabajo de reestructuración curricular, de acuerdo con las recomendaciones del ICFES. En el caso de la Cátedra de Morfología e Histología en el primero y segundo semestre, se reemplazó todo el cuerpo docente, el cual quedó compuesto por un nuevo grupo de profesores provenientes de otras universidades y que tenían gran experiencia en el

campo. Este nuevo grupo, que fue dirigido por *Ciro Casadiego Torrado*, morfológico procedente de la Universidad Nacional de Colombia, tuvo gran aceptación entre los estudiantes y mostró muy buenos resultados (*Schiemann Delgado & Gómez Gómez*, 1996: 107).

Los contenidos de inmunología y de microbiología, que hacían parte de una misma cátedra, fueron separados en dos áreas diferentes: un Departamento de Inmunología y otro de Microbiología. Esto se debió a la evolución y crecimiento de los conocimientos de ambas áreas y a la ampliación de los programas de microbiología. El Departamento de Inmunología fue dirigido en principio por el biólogo-inmunólogo *Jorge León*, quien comenzó a dictarla en 1983 a los alumnos de tercer semestre de Medicina. Ya durante la decanatura interina de *Antonio Becerra*, en 1984, la Cátedra de Microbiología comenzó a denominarse Departamento de Microbiología Médica, el cual fue dirigido por el profesor titular *German Ramírez Gutiérrez*, con la colaboración de los profesores asociados *Enrique Arciniegas*, encargado de los programas de Parasitología; *María Antonia Gaona de Hernández* (coordinadora de prácticas de laboratorio), *Ana Figueti*, *María Cristina Peña*, y de las profesoras asistentes *Edna Escalante de Escobar* y *Dora Ríos* (*Ramírez Gutiérrez*, 1996: 146).

Así mismo, se fundó y se implementó gradualmente la Cátedra de Informática, para el uso de computadores enfocados al sector de la salud. Esta cátedra fue inicialmente dictada por profesores y en instituciones por contrato externo, pero luego pasó a ser responsabilidad de docentes del Rosario y con equipos propios (*Schiemann Delgado & Gómez Gómez*, 1996: 107). Esta cátedra se integró como materia en el plan de estudios en febrero de 1985 y comenzó a dictarse a los estudiantes de décimo semestre. El primer docente fue *Abdón Sánchez Soza*, ingeniero especializado en microprocesadores, quien la enseñó como una materia teórica, aunque complementada con algunas prácticas de laboratorio que se realizaban en una empresa que alquilaba computadores. A partir de julio de 1986, la cátedra transformó su enseñanza hacia el aprendizaje de la programación en computadores, pero esta no tuvo mayor acogida por parte de los estudiantes que, con razón, no le veían la aplicación en medicina. Los profesores de ese período fueron el ingeniero de sistemas *Óscar Flores* y el ingeniero industrial *Gabriel Amaya* (*Duque*, 1996: 174).

## **Renovación de la licencia de funcionamiento de la Facultad de Medicina y nuevas exigencias del ICFES**

Recuérdese que la Facultad había sido finalmente aprobada por el Ministerio de Educación Nacional, por Resolución n.º 2357 del 7 de junio de 1971. El 27 de agosto de 1985, una nueva comisión del ICFES había visitado la Facultad, revisando unos documentos que esta había preparado previamente, y consideró que llenaban los requisitos exigidos por el gobierno (Astaiza, 1996: 332). Durante esa visita el ICFES recomendó a la Facultad invertir más dinero en tres ejes fundamentales: investigación, bienestar estudiantil y publicaciones<sup>279</sup>. Contando con el compromiso previo de la Facultad y de la Universidad, de trabajar en estos parámetros, en septiembre de ese mismo año se recibió la aprobación de la Facultad por parte del ICFES, por medio de la Resolución 520 de 1985, aprobación que quedó vigente hasta el 20 de diciembre de 1988<sup>280</sup>. Esta Resolución renovó la licencia para pregrado y todos los programas de posgrado del Hospital de San José; los de Pediatría y de Ginecología del HILVS y el de Oftalmología de Fundonal (Schiemann Delgado & Gómez Gómez, 1996: 107).

Como resultado de este proceso de aprobación, el ICFES exigió a la Facultad cumplir con seis exigencias, las cuales deberían ser demostradas en documentos que tendrían que ser enviados a dicha institución dentro del término de un año, como aporte previo a la futura visita que realizaría en 1988, para la ampliación de la renovación de la aprobación (Astaiza, 1996: 332).

Las seis exigencias fueron las siguientes:

1. Constituir formalmente un Comité Curricular de la Facultad.
2. Revisar el plan de estudios en los siguientes aspectos: articulación básico-clínica; secuencia de asignaturas; docencia en el campo del comportamiento a un nivel más temprano;
3. Incorporar contenido de administración en salud, metodología de investigación e inglés;

---

<sup>279</sup> Acta n.º 6 del Consejo Directivo del 3 de septiembre de 1985: 2.

<sup>280</sup> Acta n.º 7 del Consejo Directivo del 23 de septiembre de 1985: 5.

4. Ofrecer mayores experiencias de atención integral a nivel extramural donde se presentan los problemas epidemiológicos más frecuentes;
5. Actualizar a los docentes en aspectos pedagógicos; y,
6. Actualizar los textos de las disciplinas clínicas<sup>281</sup>. (Astaiza, 1996: 332-333)

## **Firma de nuevos convenios para la ampliación de los centros de práctica**

Esta decanatura se destacó también por la firma de convenios con diferentes centros de práctica. Por ejemplo, se consolidaron los lazos con la Fundación Santa Fe de Bogotá para rotaciones de posgrado. Así mismo, se dio inicio a la rotación de los residentes de neurología en el Centro Médico de los Andes, aprobada a finales de 1986<sup>282</sup>.

De acuerdo con Julio Naranjo Gálvez, cirujano rosarista y exdirector del Hospital Occidente de Kennedy, a partir de 1985, cuando el Hospital fue fundado, sus primeros directores fueron profesores de la Universidad del Rosario: los gineco-obstetras Alberto Villaneda Soto, Alfonso Correa Uribe y el neurocirujano Manuel Roberto Palacios. Su deseo fue que la Facultad de Medicina de la Universidad del Rosario pudiese contar con el Hospital como centro de práctica para sus estudiantes (Hernández Triana, Tribín Ferro & Palacios Sánchez, 1996: 301-302). En efecto, se firmó un convenio que permitió que, progresivamente, en la medida en que el Hospital tuvo un considerable desarrollo técnico-científico y de recurso humano, se convirtiera en un muy importante centro de práctica de la Facultad, en pregrado, internado y posgrado. Se establecieron rotaciones por medicina interna y sus especialidades, cirugía general y especialidades, pediatría, unidad de cuidado intensivo y en particular psiquiatría, dado que allí se radicó el departamento a partir de 1988. Adicionalmente, se

---

<sup>281</sup> Estos elementos ya habían comenzado a ser implementados progresivamente en el plan de estudios de la Escuela Colombiana de Medicina desde 1979 y el ICES estaba comenzando a tomarlos en cuenta como punta de lanza para exigirle a las otras facultades su incorporación (Fundación Escuela Colombiana de Medicina, 1984a; Miranda Canal, 2009: 55-90; Quevedo V., 1984a: 223-243).

<sup>282</sup> Acta n.º 9 del Consejo Directivo de 1986: 2

realizaron gestiones que permitieron abrir programas de residencia en medicina interna, cirugía general, ginecología y obstetricia, anestesiología, ortopedia, psiquiatría y, más adelante, neurología y toxicología clínica (Palacios Sánchez, 2015).

### **Creación del Comité Académico y reorganización de la Oficina de Educación Médica**

En 1985, el Comité Asesor Académico, creado en 1983, y que parece ser que nunca funcionó, fue reemplazado por un “Comité Académico”<sup>283</sup>, en el que “tenían cabida los estudiantes, [los egresados], los profesores, representantes del Hospital Infantil Lorencita Villegas de Santos y las directivas de la Facultad”. Se nombraron como miembros a Gilberto Sanguino, como representante del Consejo Estudiantil; Juan Guillermo Uribe Ángel como representante de la Asociación de Médicos Egresados; Jaime Pedraza, ginecoobstetra y director del Hospital Infantil Lorencita Villegas de Santos, en representación de los hospitales afiliados<sup>284</sup>; y, Juan Consuegra, representante de los profesores<sup>285</sup>. Su primera sesión se realizó el 31 de octubre de ese año 1985. En este comité se buscó implementar y organizar la carrera docente, “siguiendo el escalafón existente, buscando así reconocer por sus realizaciones, trabajos, experiencia y entrenamiento a todos los profesores en todas las áreas” (Schiemann Delgado & Gómez Gómez, 1996: 109).

Entre los devenires administrativos de la Facultad, para 1986, como consta en las actas del Consejo Directivo, se aclaró el rol de la ya denominada Oficina de Educación Médica (previamente, División de Educación Médica). Así, en el acta n.º 2 del 14 de febrero de ese año, se estableció que las funciones de esta Oficina no eran similares a las del decano, sino solo de asesoría a este y por delegación de él, según los requerimientos que el decano considerara necesarios. El Consejo solicitó al decano Antonio Becerra el nombramiento del médico nefrólogo Eduardo Carrizosa Alajmo como jefe de esta oficina, “en reconocimiento a sus condiciones

---

<sup>283</sup> Acta n.º 4 del Consejo Directivo del 16 de julio de 1985: 3.

<sup>284</sup> Acta n.º 4 del Consejo Directivo del 16 de julio de 1985: 3.

<sup>285</sup> Acta n.º 8 del Consejo Directivo del 21 de noviembre de 1986: 8.

docentes y su capacidad científica”<sup>286</sup>. En este mismo año, se establecieron, por medio del Decreto rectoral 103, las categorías de profesor monitor y profesor consultor<sup>287</sup>, en adición a las ya establecidas anteriormente.

### **Ampliación de las posibilidades para el internado y reglamentación de los postgrados**

Con respecto al internado, se permitió a los estudiantes escoger tanto el programa integrado del Hospital de San José, Infantil y Kennedy, o por fuera de este, siempre con el aval y supervisión de la Facultad en la Clínica de la Policía de Bogotá, en la Fundación Santafé de Bogotá y en los Hospitales de Facatativá y Florencia (Schiemann Delgado & Gómez Gómez, 1996: 107). Así mismo, se autorizó a varios alumnos realizar el internado en Heidelberg, Alemania<sup>288</sup>, e intercambios académicos con el Departamento de Medicina Interna de la Universidad de Miami (Schiemann Delgado & Gómez Gómez, 1996: 108).

Se elaboró un reglamento para las especialidades de posgrado, el cual fue aprobado el 29 de abril de 1986 por el Consejo Directivo<sup>289</sup>. Se reconoció como valor de la matrícula de cada alumno de posgrado el equivalente al costo de su seguro médico, para evitar un cobro apreciable de dicha matrícula (Schiemann Delgado & Gómez Gómez, 1996: 111).

A partir de 1988, cuando comienza la decanatura en propiedad de Antonio Becerra Larra, la Facultad tomará nuevos rumbos tanto con la modificación de sus mecanismos de comunicación con los distintos estamentos de la Facultad así como con los cambios en la estructura curricular y la transformación de la enseñanza de la salud pública. Todas estas novedades marcarán el inicio de un nuevo período en la historia de la Institución.

---

<sup>286</sup> Acta n.º 2 del Consejo Directivo del 14 de febrero de 1986: 2-3.

<sup>287</sup> Acta n.º 12 del 27 de noviembre de 1986.

<sup>288</sup> Muchos de estos estudiantes hicieron también su posgrado allá y residen en esa ciudad.

<sup>289</sup> Acta n.º 5 del Consejo Directivo del 29 de abril de 1986: 1.

## **Segundo subperíodo: desde el nuevo currículo hasta la firma del nuevo convenio entre las dos instituciones fundadoras (1988-1994)**

### **Decanatura en propiedad de Antonio Becerra Lara (1988-1990)**

Mediante Decreto Rectoral n.º 289, el 23 de agosto de 1988, y después de cuatro años de ejercer la decanatura en calidad de “decano interino”, el neurocirujano Antonio Becerra Lara fue nombrado decano de la Facultad de Medicina, en propiedad, para un período estatutario de dos años.

Esta nueva decanatura de Becerra Lara marcó un hito en el desarrollo de la Facultad de Medicina, el cual se puede considerar como punto de inflexión estratégico, o tal vez como un momento significativo de cambio en la estructura misma de la Facultad, en relación con lo que se venía haciendo hasta ese entonces. Son tres las razones que permiten afirmar esto y que se dieron en forma progresiva: en primer lugar, el cambio de estilo de esta oficina en la relación con los estudiantes y los profesores, declarando la comunicación como su objetivo principal; en segundo lugar, la importante reforma de la estructura curricular de la Facultad, en donde la investigación ya comenzó a hacer su aparición, al menos en forma de intención; y, en tercer lugar, la reorganización de la enseñanza de la

Salud Pública con la creación del Departamento de Salud Comunitaria<sup>1</sup>, cambiando de orientación en esta área y articulándola de otra forma a la enseñanza médica.

### **Nuevas formas de comunicación**

Con respecto al primer punto, y a diferencia de las dos decanaturas anteriores, caracterizadas por su relativo encumbramiento y por su acceso restringido a los estudiantes, quienes tenían que recurrir a la Vicedecanatura para resolver sus inquietudes, según Jimmy Schiemann Delgado y Gabriel Gómez Gómez,

[...] durante este periodo se tuvo como propósito el diálogo permanente, franco, de todos los sectores de la Facultad de Medicina. Se hizo énfasis en las buenas relaciones entre los estudiantes, todos sus estamentos y las directivas, siendo estas cordiales, abiertas, sin cita previa; pudiendo así conocer más de cerca todas las inquietudes, los problemas, los proyectos y las necesidades de todo el alumnado y, así, darle una solución. Para esto fue fundamental el papel que cumplieron las organizaciones estudiantiles representadas en el Consejo Estudiantil y el Bienestar Estudiantil, logrando el mejor acercamiento e intercambio de opiniones, siempre pensando en lo que más beneficiaba a la Facultad [...]. Así mismo se mantuvo el diálogo con todos los docentes de todos los semestres tanto a nivel de pre como de posgrado, buscando siempre mantener el mejor nivel docente en beneficio de todos sus alumnos [...] se colaboró en las Asambleas Estudiantiles, asistiendo a ellas todas las directivas de la Facultad encabezadas por el señor Decano, doctor Antonio Becerra, resolviendo las inquietudes de los alumnos y comprometiéndose públicamente a lograr que la Facultad fuera cada vez mejor. Hubo inclusive una Asamblea donde asistió el señor rector doctor Álvaro Tafur que fue un precedente muy importante para la Facultad. (Schiemann Delgado & Gómez Gómez, 1996: 106)

---

<sup>1</sup> Departamento previamente denominado de Medicina Preventiva.

## **Los desarrollos de la política científica en el país durante el gobierno de Virgilio Barco**

El proceso de desarrollo de una nueva política para la transformación de la ciencia y la tecnología que permitiera su cambio hacia paradigmas científicos y metodológicos más contemporáneos en el país se había iniciado en el seno del gobierno de Barco. Una primera manifestación de ese cambio dentro de la propia COLCIENCIAS tendría impacto en la nueva tendencia. Esta había señalado una nueva ruta para repensar la forma de hacer política científica concertada en el marco de una democracia participativa.

En efecto, en 1986, Emilio Quevedo Vélez había sido nombrado asesor del Programa Nacional de Investigación en Salud de COLCIENCIAS. Dicha asesoría dio como resultado la primera propuesta de COLCIENCIAS para desarrollar un plan amplio de política de investigación titulada Programa Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico en Salud, elaborada en compañía de María Cristina Durán, socióloga y profesional del Programa, y de Germán Mesa, sociólogo y director, en ese entonces, de la División de Desarrollo Social de COLCIENCIAS. A partir de múltiples reuniones que los tres funcionarios realizaron con todos los investigadores que tenían proyectos en salud en COLCIENCIAS, diseñaron unas líneas de políticas mínimas, concertadas con los investigadores, que incluían tanto el estímulo a la investigación básica como a la clínica, la epidemiológica y la social. Después de terminada esta asesoría y publicado el Plan, Quevedo renunció a su cargo de asesor, el 1.º de noviembre de 1988, para participar en el Estudio Sectorial de Salud que estaba iniciando el Ministerio de Salud, en cooperación con el Departamento Nacional de Planeación (Quevedo V., 2011: 10-11; Quevedo V., Duran de Pardo & Mesa, 1986).

En el entretanto, la discusión en el país maduró como consecuencia de la evaluación positiva de los resultados del préstamo BID-I. Esto condujo a un debate público promovido y expresado por algunos eventos relevantes del final de este período, como el Foro Nacional de Ciencia y Tecnología para el Desarrollo (1987), la Misión de Ciencia y Tecnología, dirigida por Gabriel Misas (1988) y la celebración del Año Nacional de la Ciencia y la Tecnología (1989) (Plata, 2013: 89-92). Paralelamente, desde el 15 de septiembre de 1988 hasta el 21 de noviembre de 1989, se llevaron a cabo

los correspondientes debates en el Congreso con el fin de crear un marco legal para la ciencia y tecnología en el país (República de Colombia. Instituto Colombiano para el Desarrollo de la Ciencia y la Tecnología, 1991).

El foro de 1987 reunió a funcionarios del Estado y científicos de distintas ramas para discutir y proponer estrategias con el fin de estimular el desarrollo científico y tecnológico del país, en las diferentes áreas de la ciencia y la tecnología. Como resultado de las discusiones llevadas a cabo en esta reunión, se establecieron los objetivos para una política nacional en este campo que pretendía fortalecer la capacidad de la ciencia y la tecnología, articulándola al potencial de recursos y demandas nacionales, para solucionar las principales necesidades económicas y sociales del país. Se trataba de importar tecnología avanzada, fomentar la capacidad innovadora del sector industrial para aumentar su productividad y su competitividad, permitir que la población pudiera aplicar los principios científicos en su diario vivir y consolidar un sistema nacional de ciencia y tecnología, para mejorar la planificación, coordinación, ejecución y evaluación de la política científica y tecnológica y las políticas económica, educativa e internacional (Amaya Pulido, 1987: 9-10).

Como consecuencia del Foro, se creó la Misión de Ciencia y Tecnología por el Decreto 1600 de 1988, la cual trabajó hasta mediados de 1990, bajo la coordinación del economista y magíster en Ciencias Económicas Gabriel Misas Arango. Esta realizó un extenso estudio de las condiciones de la ciencia y la tecnología en el país, con el fin de formular recomendaciones efectivas para la reorganización institucional en el área y establecer la estructura que serviría de marco para todas las actividades relacionadas con el ramo. A partir de una amplia consulta con todos los actores y sectores que intervenían en su desarrollo y utilización, la Misión elaboró una propuesta de un plan a largo plazo para el desarrollo científico y tecnológico nacional. Esta entregó un informe, publicado en tres volúmenes, los cuales se pueden resumir en dos grandes temas: en el primer volumen se presentó una política de la ciencia y una política para la ciencia. La primera hacía referencia a todas las medidas que deberían tomarse para poner la ciencia al servicio del bienestar económico y social de la comunidad. La segunda, comprendía el conjunto de acciones para proporcionar a la comunidad científica y tecnológica los medios necesarios

para cumplir su función. En el segundo volumen, dividido en dos tomos, se presentaron todos los documentos que la misión elaboró sobre la educación en el país y su relación con la ciencia, la tecnología y la investigación. El tercer volumen estudió la configuración de las comunidades científicas en Colombia y su estado de desarrollo (COLCIENCIAS, 1991; República de Colombia. Ministerio de Educación Nacional. Departamento Nacional de Planeación. Fondo Nacional de Proyectos de Desarrollo, 1990).

Después del primer foro, y otro que se celebró en la Universidad Nacional de Colombia, se realizaron dos seminarios internos en COLCIENCIAS. El primero, “se propuso recoger experiencia colectiva de un grupo importante de especialistas y convertirla en propuestas concretas de política”. El segundo, “se dedicó al diseño institucional”, para escoger entre diferentes alternativas de organización de un sistema de ciencia y tecnología, “proponer directrices para la modernización de los institutos estatales de investigación” y buscar nuevas formas de asociación del capital privado con el Estado que pudieran remover trabas y trámites (Forero Pineda, 1991a: IX). La actitud hacia la ciencia y la tecnología y hacia la investigación estaba cambiando en el país y, por solicitud del ICFES, por fin la Universidad del Rosario comenzó a tener en cuenta la investigación dentro de sus planes de estudio.

### **La Facultad incorpora las nuevas orientaciones internacionales en la investigación, en salud y en educación médica**

Diez años después de la reunión de Alma-Ata, de la creación de la Escuela Colombiana de Medicina de Bogotá y del Programa de Medicina Social de la Universidad del Quindío, y aunque en la Facultad de Medicina del Rosario se continuaba transitando por los caminos de la formación de especialistas médico-quirúrgicos, comenzó a verse en ella el impacto de los cambios en el campo de la enseñanza médica y la inclusión en esta de las ciencias sociales, de la investigación y de la Atención Primaria, que estaban ocurriendo tanto en las instituciones internacionales como en las nacionales.

### ***Reformas de la estructura curricular de la Facultad***

El cambio de la estructura curricular de la Facultad estuvo relacionado con las exigencias de ajuste al Plan de Estudios solicitadas previamente por el ICFES, con el fin de poner al día el currículo con las innovaciones que otras facultades del país ya venían haciendo<sup>2</sup>. Desde comienzos de 1988 se creó y comenzó a sesionar el Comité Curricular de la Facultad, el cual se dedicó a realizar los ajustes y los aspectos innovadores solicitados por el ICFES. Y, hacia octubre de ese año, dicho Comité “ya tenía ampliamente cumplidas las exigencias, elaborando el documento [solicitado por esa institución]” (Astaiza, 1996: 333). Así, el ICFES visitó de nuevo la Facultad en diciembre de 1988 y le dio la aprobación definitiva (Astaiza, 1996: 332), por medio de la Resolución 3086 del 12 de diciembre de 1988, con la condición de seguir vigilando el cumplimiento de sus recomendaciones.

A partir de 1989, como consecuencia de estas recomendaciones, se llevaron a cabo importantes reformas curriculares, en los seis aspectos solicitados por dicha institución. Al respecto, José Heber Astaiza, jefe de la Oficina Curricular en ese entonces, mencionaba que, como el primero de ellos ya estaba resuelto (creación del Comité de Currículo), se dio inicio entonces a la revisión del segundo aspecto, es decir, el ajuste del plan de estudios y sus componentes. Basándose en las modificaciones realizadas al área de ciencias básicas durante la primera decanatura de Becerra Lara, al respecto se trabajó en la integración de esas ciencias básicas y las ciencias clínicas y la reorganización de las asignaturas en un currículo integrado, alejándose de un plan de estudios rígido. Esto implicó la reestructuración del plan de estudios en “campos de formación” y “componentes de formación” de la educación médica, y la conversión de la intensidad horaria de todos los semestres en “unidades de labor académica” (ULAS) (Astaiza, 1996: 333-334).

---

<sup>2</sup> Estos cambios se iniciaron, en algunos aspectos, en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad del Valle, se ampliaron luego y se consolidaron en la Escuela Colombiana de Medicina de Bogotá y, a partir de dicha experiencia, estaban comenzando a ser implementados en Armenia y otras más (Gómez Perineau, 1989; Meneses Carmona & Palacio Mejía, 1984).

Desde ese punto de vista, el currículo quedó organizado según se indica en la tabla 1.

Así mismo, y tal como lo solicitaba el ICFES, se anticipó “la formación psicológica del médico a semestres más tempranos, dentro de la visión naciente de esa época del enfoque biopsicosocial”<sup>3</sup>. Igualmente, siguiendo con la revisión recomendada del tercer aspecto, se incluyeron en el plan de estudios los contenidos de administración en salud, la enseñanza de la metodología de investigación y los contenidos del idioma inglés (Astaiza, 1996: 334).

**Tabla 1. Reorganización del plan de estudios**

<b>Campos de formación</b>	<b>Componentes de formación</b>
1. Formación específica profesional	1. Psicobiológico 2. Administrativo
2. Fundamentación científica	3. Investigativo
3. Formación social-humanística	4. Sociohumanístico 5. Docente

Fuente: tomado de Astaiza (Astaiza, 1996: 334).

Como parte de estos cambios, también se realizó una importante reforma en el área de genética, bajo la iniciativa y guía del médico y genetista Carlos Martín Restrepo, quien se contrató con la Universidad en febrero de 1989, introduciendo una nueva Cátedra de Genética Médica en séptimo semestre, para completar lo que se dictaba en el área de biología de primer semestre, “con el propósito de dividir los conceptos básicos en primer semestre y la patología junto con los conceptos aplicados a la medicina en las ciencias clínicas [en el séptimo semestre]” (Restrepo Fernández, 1996: 154). De esta manera, también se estableció un área de

---

<sup>3</sup> Como se mencionó atrás, este concepto había sido recogido por la Escuela Colombiana de Medicina de Bogotá, desde 1979, cuando organizó su innovador plan curricular. Este enfoque estaba incluido en los diferentes aspectos curriculares que para ese momento ya estaba exigiendo el ICFES (Fundación Escuela Colombiana de Medicina, 1984a; Miranda Canal, 2009: 55-90; Quevedo V., 1984a: 223-243).

citogenética para el primer semestre, con su respectivo laboratorio<sup>4</sup>, para reformar las prácticas que se llevaban a cabo en ese nivel:

[...] logrando que los muchachos hicieran su propio cariotipo, miraran y extendieran láminas de microscopio para ver los cromosomas, tomaran una fotografía de esos cromosomas, porque teníamos microscopio con fotografía, y se les entregara una foto original a [cada uno] de los estudiantes, unas con patología y otras de su propio perfil. (Restrepo Fernández, 2015)

Esta iniciativa representó la transformación de la manera como se enseñaba la genética en la Facultad y fue también un empujón para la creación de la Unidad de Genética, ubicada en el Hospital de San José, asociada al Laboratorio de Inmunología (Restrepo Fernández, 2015).

El cuarto aspecto relacionado con la ampliación de la cobertura extramural tuvo un importante desarrollo con la creación del Departamento de Salud Comunitaria (Astaiza, 1996: 334), al cual le dedicaremos una descripción más amplia.

Con respecto a la actualización de los textos de las disciplinas clínicas, “con el respaldo de la Organización Mundial de la Salud se continuó importando libros de texto de los diferentes semestres de la Facultad vendiéndolos a un precio muy favorable para los estudiantes”<sup>5</sup> (Schiemann Delgado & Gómez Gómez, 1996: 109).

---

<sup>4</sup> Desde los inicios de la década de 1980, Carolina Gutiérrez de León, entrenada en citogenética, y María Fernanda Gutiérrez, “entusiasta investigadora”, habían organizado un Laboratorio de Citogenética para “[...] analizar anomalías cromosómicas numéricas con técnicas de coloración Giemsa que permitieron realizar los primeros diagnósticos propios de casos con Síndrome de Down, Síndrome de Turner y Klinefelter, y cultivos cromosómicos de leucemias para evidenciar el Cromosoma Philadelphia de la Leucemia Mieloide Crónica”. Así mismo, en 1985, la misma Carolina Gutiérrez y su esposo, Jorge León, habían creado el Laboratorio de Inmunología “introduciendo novedosas técnicas de estudio de la enfermedad inmune, al conseguir un equipamiento sofisticado para el momento: un microscopio de investigación con fotografía y fluorescencia” (Restrepo Fernández, 1996: 155).

<sup>5</sup> Solo uno de los aspectos solicitados por el ICFES (actualización de los docentes en aspectos pedagógicos) no se alcanzó a realizar en esta decanatura y su puesta en marcha se llevó a cabo durante la siguiente decanatura, como se verá más adelante.

### ***Reorganización de la Cátedra de Introducción a la Medicina y reorientación del Departamento de Medicina Preventiva***

Uno de los cambios más significativos de la decanatura de Becerra Lara fue la reorganización de la enseñanza de la Salud Pública en dos nuevas dimensiones: por una parte, la modificación de la Cátedra de Introducción a la Medicina y, por otra, la reorientación del Departamento de Medicina Preventiva. Esta reorientación consistió en un viraje desde las propuestas de la Medicina Preventiva, enmarcadas en el modelo de la Historia Natural de la Enfermedad propuesta por Leavell y Clark, hacia la utilización de las estrategias de Atención Primaria en Salud Centrada en la Comunidad y de Promoción de la Salud, resultado de la articulación de las propuestas de Alma-Ata con su reinterpretación por la Escuela de Salud Pública y Medicina Comunitaria Hadassah Braun<sup>6</sup> y las ideas surgidas en una reunión celebrada en la ciudad de Ottawa, Canadá, en 1986.

Como lo anotan Ricardo Araque y Ruth Pérez de Mesa, el decano Becerra tuvo la oportunidad de asistir a la Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud (Araque & Pérez de Meza: 123-124), realizada en la ciudad de Ottawa, Canadá, el 21 de noviembre de 1986 (Organización Mundial de la Salud, 1986: 1). Este nuevo concepto de “Promoción de la Salud” venía, de alguna forma, a reemplazar el de Atención Primaria en Salud. Este último era la máxima expresión del modelo desarrollista cuya entronización definitiva la marcó la reunión de Alma-Ata de 1978, pero que, desde ese mismo momento, comenzó a combinarse con la idea de una “promoción de la salud”, en el marco de una “salud comunitaria”, ambas producto de las propuestas de Lalonde y Blum, que representaban el *core* ideológico del nuevo modelo neoliberal de la salud, opuesto al modelo desarrollista.

Tal como reza la Carta de Ottawa, que recogió los resultados de esa reunión:

[Dicha Conferencia estuvo] dirigida a la consecución del objetivo “Salud para Todos en el año 2000”. Esta conferencia fue, ante todo,

---

<sup>6</sup> Los aportes de esta Escuela se ampliarán más adelante.

una respuesta a la creciente demanda de una nueva concepción de la salud pública en el mundo. Si bien las discusiones se centraron en las necesidades de los países industrializados, se tuvieron también en cuenta los problemas que atañen a las demás regiones. La conferencia tomó como punto de partida los progresos alcanzados como consecuencia de la Declaración de Alma-Ata sobre la atención primaria, el documento “Los Objetivos de la Salud para Todos” de la Organización Mundial de la Salud, y el debate sobre la acción intersectorial para la salud sostenido recientemente en la Asamblea Mundial de la Salud. (OMS, 1986: 1)

Para el decano y los demás directivos de la Facultad no eran en ese momento muy claras las sutiles diferencias entre los distintos modelos: el de la “Medicina Preventiva”, apoyado en el estudio de la “Historia Natural de la Enfermedad”, de Leavell y Clark (Leavell & Clark, 1965 [1953]); el de los “Estilos de Vida Saludables” y la “Salud Comunitaria”, resultado de la propuesta del “Campo de la Salud” de Lalonde y Blum (Lalonde, 1974); el de “Atención Primaria en Salud” propuesto por la OMS/OPS y potenciado por la Reunión de Alma-Ata (Cueto, 2015: 27-42); y, el propuesto en Ottawa de la Atención Primaria y la Promoción de la Salud (OMS, 1986).

En ese contexto fue que el decano Becerra tuvo la oportunidad de asistir a la Conferencia de Ottawa y se entusiasmó con las conceptualizaciones allí propuestas<sup>7</sup>. Adoptó así los compromisos en ella adquiridos. La Conferencia estableció que “las condiciones y requisitos para la salud son: la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad. Cualquier mejora de la salud

---

<sup>7</sup> Las conceptualizaciones quedaron plasmadas en la Carta de Ottawa así: “La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario” (OMS, 1986: 1).

ha de basarse necesariamente en estos prerrequisitos”. Por consiguiente, la Carta de Ottawa afirmaba

que para promover la salud se debe ir más allá del mero cuidado de la misma. La salud ha de formar parte del orden del día de los responsables de la elaboración de los programas políticos, en todos los sectores y a todos los niveles, con objeto de hacerles tomar conciencia de las consecuencias que sus decisiones pueden tener para la salud y llevarles así a asumir la responsabilidad que tienen en este respecto. (Organización Mundial de la Salud, 1986: 1)

### ***La reforma de la Cátedra de Introducción a la Medicina***

Según Ricardo Araque y Ruth Pérez de Meza,

[...] a finales de la década del 80 hubo dos circunstancias que determinaron la reorientación de la asignatura [de Introducción a la Medicina]. La primera fue la asistencia del entonces decano [...] Antonio Becerra Lara a la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria que se realizó en Canadá<sup>8</sup>. Las conclusiones, recomendaciones y compromisos de este evento parece que impactaron a sus asistentes y fue así como el decano dio los lineamientos generales y la autonomía para implementar, tanto a nivel teórico, como práctico conceptos y elementos de atención primaria. La otra situación desencadenante fue la crisis de recursos que se empezaba a percibir en el Hospital de San José, [la cual] ocasionó el cierre de algunos servicios de asistencia social con la consecuente disminución de pacientes, escasez de materiales y equipos para procedimientos básicos. (Araque & Pérez de Meza: 123-124)

Estas dos circunstancias le permitieron al decano, por un lado, reorganizar la Cátedra de Introducción a la Medicina, para darle un enfoque centrado en la Atención Primaria; y, por otro lado, reorganizar los servicios que se prestaban en el Hospital, permitiendo que varios de estos se

---

<sup>8</sup> Como se ha dicho, el verdadero nombre de ese evento fue Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud (OMS, 1978).

podieran ofrecer directamente en las comunidades cercanas al Hospital. El decano dividió así la práctica de la asignatura en hospitalaria y comunitaria (acabando con la denominación de “Salud Pública” que se venía usando desde la década de los setenta). Los estudiantes del primer semestre de Medicina comenzaron entonces a participar en los programas que la Secretaría de Salud del Distrito desarrollaba en torno al Centro de Salud n.º 6, ubicado en el área del parqueadero del Hospital. Dichos programas funcionaban bajo la coordinación de Juvenal Rodas, con la participación de Luis Ricardo Araque, director de dicho Centro de Salud, y las enfermeras Ruth Pérez, Ofelia Rubio y Lila Quintero de Escobar (Araque & Pérez de Meza, 1996: 124).

### ***La reorientación del Departamento de Medicina Preventiva***

Después del estímulo recibido por su asistencia a la Reunión de Ottawa, el decano comprendió la importancia que tenían para la formación del médico los conocimientos sobre la Atención Primaria y la Promoción de la Salud y optó por impulsar la enseñanza de estas disciplinas en la Facultad de Medicina del Rosario.

Para lograr esto, puso en movimiento algunos procesos. En primer lugar, solicitó al patólogo Darío Cadena Rey, a la sazón jefe del Departamento de Patología del Hospital de San José y consiliario de la Universidad del Rosario, que se pusiera en contacto con el exalumno Ricardo Alvarado Sánchez, hijo de otro patólogo, quien en ese momento estaba estudiando una maestría en Salud Pública en Israel, orientada hacia la salud de la comunidad<sup>9</sup>, y le pidiera que a su llegada se vinculara a la Universidad como docente de la Cátedra de Salud Pública y creara el departamento correspondiente (Alvarado, 2015).

---

<sup>9</sup> Se trata del Programa Internacional de Maestría de Salud Pública (MSP) que se efectuaba anualmente en la Escuela de Medicina de la Universidad Hebrea/Hadassa, en lo que hoy se conoce como la Escuela de Salud Pública y Medicina Comunitaria Hadassah Braun. El programa fue inaugurado en 1970 en el Hospital Hadassa bajo el auspicio de MASHAV (Centro de Cooperación Internacional del Ministerio de Relaciones Exteriores). El principal conducto de Israel para compartir sus éxitos y experiencias en salud pública con los trabajadores en el ramo de todo el mundo era MASHAV. Por medio de este programa, profesionales de todos los continentes, y especialmente del denominado “mundo en desarrollo” se formaron en medicina preventiva y salud comunitaria (Griver, 1999).

Cuenta Alvarado que:

[...] Ya estando como estudiante de la maestría de Salud Pública y Medicina Comunitaria en Jerusalén recibí, dentro de las cartas que me enviaba mi padre, una carta anexa del Dr. Darío Cadena Rey [...] en la que me decía que estaba contento de que yo estuviera haciendo la Maestría en Salud Pública y que a mi regreso me vinculara a la cátedra porque querían organizar el Departamento de Salud Pública. (Alvarado, 2015)

La cuestión era que Alvarado se estaba formando en un nuevo enfoque de la Salud Pública. En efecto, en la Escuela de Medicina Hadassah Braun se partía del modelo de Atención Primaria Orientada hacia la Comunidad (APOC), basado en la integración de la Atención Primaria a los servicios de salud pública. Recordemos que atrás, cuando hablamos del surgimiento del concepto y de la práctica de la atención primaria, dijimos que el modelo de APOC había sido propuesto por los esposos Sidney y Emily Kark, pareja de médicos surafricanos dedicados a la medicina social desde los años cincuenta y que se habían radicado en Hadassa desde 1959. Allí, Sidney Kark trabajó como fundador y director del Departamento de Medicina Social y, entre ese año y 1980, cuando se jubiló, desarrolló lo que precisamente él llamó “Atención Primaria Orientada a la Comunidad” (APOC). Fue este modelo sobre el cual se fundamentó la enseñanza en la Escuela de Salud Pública y Medicina Comunitaria Hadassah Braun (Brown & Fee, 2002: 1744-1745).

También dijimos que, en este sentido, la APOC cumplía implícitamente funciones de salud pública y proporcionaba un marco local para programas de salud regionales. La premisa esencial de la APOC era que la salud pública comenzaba con la educación a la comunidad acerca de las medidas de medicina preventiva que podían reducir las enfermedades contagiosas, sobre una buena nutrición y sobre temas como la planificación familiar. En consecuencia, este modelo coordinaba la atención clínica de los individuos con los programas de salud comunitaria (Griver, 1999).

Derek Yach y Steve M. Tollman planteaban que las ideas de Sidney y Emily Kark, expresadas posteriormente en sus dos obras fundamentales

(Kark, 1974; Kark, 1981), tenían sus raíces en el trabajo que ambos habían realizado en los centros de salud de Pholela y Lamontville, Sudáfrica, y en el Instituto de Salud Familiar y Comunitaria de la Escuela de Medicina de la Universidad de Natal, en Durban (Yach & Tollman, 1993: 1048-1049). Según Geiger, estas ideas se apoyaban en las de Federico Engels y Rudolf Virchow y anticiparon las resoluciones de Alma-Ata y abrieron el camino para una “[...] atención primaria [contestaría] centrada *en* la comunidad, *para* la comunidad y *con* la comunidad [...]”, que superaba una salud comunitaria en la cual la comunidad recibía pasivamente y obedecía las enseñanzas del personal de salud y proponía una salud comunitaria que potenciara el empoderamiento de las comunidades para participar en la solución de sus propios problemas de salud (Geiger, 1993: 947).

Según Alvarado, su vinculación a la Universidad se hizo efectiva al regresar a Colombia en febrero de 1988, cuando comenzó a dictar clase en décimo semestre de Medicina de la Facultad de Medicina y a trabajar junto con Ruth Pérez y Juvenal Rodas en la planeación del nuevo Departamento de Salud Comunitaria, del cual fue nombrado director (Alvarado, 2015).

Desde este enfoque, la Facultad inició un trabajo en conjunto con la Alcaldía de la Mesa, Cundinamarca, para hacer un estudio epidemiológico de un caso de un paciente que tenía SIDA, con la colaboración, la experticia y los instrumentos de Yolanda Arango. No obstante, ya que esto hacía parte de las prácticas de los estudiantes de décimo semestre, hubo expresiones de desaprobación por parte de padres de familia. En palabras de Alvarado,

entonces el doctor Becerra me llamó y me dijo “estoy muy contento [con] lo que están haciendo, es un aporte para el municipio, pero miren estas cartas que hemos recibido de los padres de familia, están en contra, estos son papás de niñas de décimo semestre y están pidiendo que no se haga más ese estudio, que las niñas no las vuelvan a llevar a preguntarle que como le maneja el miembro al esposo o al compañero sexual, eso por favor no lo vuelva a hacer [...]”.

En consecuencia, el programa tuvo que cancelarse y fue necesario buscar otro punto para que Alvarado completara su práctica de campo.

El decano le propuso que regresara al Centro de Salud n.º 6 de San José, pero Alvarado le argumentó que la población satélite de ese centro pertenecía en buena parte a talleres de carros y, sobre todo, a prostíbulos, y que iba a pasar lo mismo que había ocurrido en la Mesa. En consecuencia, Alvarado le pidió al decano que le diera permiso de seguir dictando las clases de décimo semestre, mientras él ubicaba un lugar en donde pudiese hacer “Atención Primaria Enfocada a la Comunidad” (Alvarado, 2015).

Mientras tanto, la médica española-colombiana Julieta Calvo había llegado de Pamplona, España, en donde había estudiado Medicina y Neurología, y se había radicado en Bucaramanga, donde estaba ubicada su familia, para realizar luego su medicatura rural en El Socorro. Allí comenzó a interesarse en la posibilidad de organizar servicios de atención básica médica y de medicina preventiva en los pequeños y “atrasados” pueblos de la región. A principios de 1987 vino a Bogotá, en donde tuvo un primer contacto con la Universidad Javeriana, que no prosperó. Posteriormente, con el apoyo de la epidemióloga y salubrista Joan Klevens<sup>10</sup>, recibió una beca del gobierno de Israel para realizar la Maestría de Salud Pública de la Universidad de Hadassah Braun (Calvo & Valderrama, 2018).

Una vez terminada su maestría, Julieta Calvo regresó a Bogotá y, un tiempo después, en una reunión de exalumnos de Hadassah Braun, Alvarado se reencontró con ella y le propuso que se reunieran con el decano Becerra para organizar la enseñanza de la salud comunitaria en la Facultad de Medicina de la Universidad del Rosario. Según Alvarado, fue con la colaboración de un odontólogo, también salubrista, del Centro de Salud n.º 6, adjunto al Hospital de San José, que él se enteró de la disponibilidad de un nuevo centro de salud en Patio Bonito, que había sido construido por la comunidad pero que había quedado en obra negra<sup>11</sup> (Alvarado,

---

<sup>10</sup> Esta médica, formada en la Universidad de Hadassah Braun de Israel, fungía como intermediaria entre dicha institución y las universidades colombianas para buscar posibles candidatos a ser becados para que se formaran en la universidad israelita.

<sup>11</sup> Al respecto, Alvarado dice: “[...] entonces [...] anoté la dirección y me fui a buscar el centro de salud y, evidentemente, me encontré un centro de salud en obra negra, abandonado, que hacía el norte colindaba con una planta de reciclaje de lo que [en ese momento] era la Empresa Distrital de Servicios Públicos de Bogotá, EDIS, la de los carros de basura de la época; hacia el oriente estaba la carretera Engativá-Kennedy y que en ese

2015). Por su parte, Julieta Calvo dice que fue después de esa reunión con Becerra que ambos, Alvarado y Calvo, empezaron a planear la creación de un nuevo departamento, cuya orientación implicaba, a criterio de Calvo, la organización de un centro de salud que funcionara como un “centro-escuela”. Dice también que, en esta coyuntura, ambos emprendieron la tarea de buscar centros de salud por toda la ciudad, sin mucho éxito, y que, después de muchos recorridos por esta<sup>12</sup>, concentraron su búsqueda en la localidad de Kennedy (Calvo & Valderrama, 2018).

En todo caso, parece ser que, después de que Alvarado localizó y visitó el Centro de Salud de Patio Bonito, que pertenecía a la Red de Salud de la Secretaría Distrital, él y Julieta Calvo hicieron una visita de inspección al Centro. Después de descartar otras opciones, consideraron que ese era el lugar adecuado para iniciar un programa que combinara las actividades de Atención Primaria y Salud Comunitaria, puesto que dicho centro de salud contaba con un territorio y una población satélite definida, de cuya salud era responsable (Alvarado, 2015).

En esta coyuntura, el 10 de septiembre de 1989, Julieta Calvo les presentó a Ricardo Alvarado y a Antonio Becerra una *Propuesta de apoyo al desarrollo social desde salud para Patio Bonito* (Calvo Suárez, 1989), que serviría de base para lo que se pondría en marcha en dicho centro de salud. Basada en el párrafo primero del artículo primero de la Ley 23 de 1981, por la cual se dictaron normas en materia de ética médica, Julieta Calvo partió de la idea de que “la medicina es una profesión que tiene como fin cuidar de la salud del hombre y propender por la prevención de las enfermedades, el perfeccionamiento de la especie humana y el mejoramiento de los patrones de vida de la colectividad, sin distinciones de orden económico, social, racial,

---

momento eran lotes, era rural; hacia el occidente estaban unos cultivos de lechugas que lindaban con el río Bogotá. No había más, era puro campo hacia el norte, hacia el occidente, y hacia el oriente; y, hacia el sur sí se mezclaba con [el barrio] Britalia. Y, yo dije, mire ahora sí tengo como delimitar la población [...] efectivamente, eran como 60.000 habitantes lo que tenía Patio Bonito en ese momento” (Alvarado, 2015).

<sup>12</sup> Según relata Julieta Calvo, “[...] nos fuimos a buscar centros de salud en el coche de Ricardo Alvarado a ver dónde había centros de salud que estuvieran listos, que tuvieran acceso y esto. Buscamos por todo sitio, del Codito a Sumapaz, fuimos a todo sitio: a Suba [...]” (Calvo & Valderrama, 2018).

político o religioso” (Calvo Suárez, 1989: 2). La *Propuesta* estaba basada en algunos de los textos que ella y Alvarado habían estudiado en Israel, como los de Sidney Kark, Abramson y Max-Neef, así como en otros textos centrados en el estudio de la medicina comunitaria por otros autores internacionales<sup>13</sup>, textos sobre el Servicio y el Sistema Nacional de Salud, surgidos tanto desde la OPS como de autores colombianos (Vivas Reyna, Tarazona, Caballero & Marrero, 1988), y proponía llevar a cabo un trabajo orientado a estimular el proceso hacia el bienestar de los pobladores de Patio Bonito-Kennedy, “apoyando el desarrollo social, impulsado desde el sector salud, enmarcado por las metodologías de la ‘Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC)’ y la participación social, en el marco de la medicina comunitaria, desde un enfoque docente-asistencial” (Calvo Suárez, 1989: 4).

Dicha propuesta realizaba, en primer lugar, un análisis del sector de Patio Bonito, afirmando que este estaba conformado por 23 barrios que dependían de la Alcaldía Menor de Kennedy, ubicada en el sector suroccidental de Bogotá; y que estaba integrado por tres zonas: la zona comercial (Corabastos); la zona residencial, con una población estimada de 112.000 habitantes; y la agroindustrial, que incluía la planta de reciclaje de basuras, viveros y haciendas. Igualmente, la *Propuesta* presentaba unos antecedentes históricos de la zona, con unos indicadores de condiciones sociales y de servicios en el área. En el caso del sector salud, la regional 5 que dependía del Servicio Seccional de Bogotá contaba con una población estimada de 1.408.575 habitantes y el sector de Patio Bonito que de ella dependía tenía una población estimada de 112.641 habitantes, de los cuales 78.849 sería la población asignada al centro de salud (Calvo Suárez, 1989: 5).

En relación con sus bases teóricas, la *Propuesta* tenía cuatro puntos. El primero, el bienestar, que propendía por la satisfacción adecuada de las necesidades humanas fundamentales, favoreciendo el acceso a los satisfactores de bienestar; el segundo, el desarrollo social, el cual, apoyado

---

<sup>13</sup> Entre ellos un dossier de la revista *Assignment Children* de la UNICEF sobre participación comunitaria (UNICEF. Autores varios, 1982), un texto de la OPS/OMS sobre los principios y métodos de la Atención Primaria de Salud (Kroeger & Luna, 1987) y algunos artículos y textos de investigadores extranjeros (Rilkin, 1986; Sakuz, 1988; Werner & Bower, 1982).

en metodologías y estrategias que involucraban esfuerzos económicos, sociales, científicos, técnicos y políticos, tendían al logro con equidad del bienestar humano elevando la calidad de vida; el tercero, la salud, el cual se encaminaba a la articulación armónica de la dimensión física, mental y social del ser humano y no solo la ausencia de afecciones o de enfermedades, entendiendo la salud como un derecho humano fundamental y un objetivo social cuya realización exigía la intervención de muchos otros sectores; y, el cuarto y último, la comunidad. Esta no se definió en la *Propuesta*, porque se suponía que su concepto debería ser elaborado en proceso progresivo y participativo, por los individuos, las familias, los grupos formales y no formales de Patio Bonito (Calvo Suárez, 1989: 7).

Además de estos elementos, la *Propuesta* presentaba un modelo operativo para el trabajo, el cual incluía cuatro módulos de acción, con sus respectivos componentes. Dicho modelo estaba constituido por los puntos cardinales del trabajo y por las unidades específicas de desempeño, articulados por la atención primaria: módulo de participación social, módulo de servicios, módulo de administración y módulo de docencia. El módulo de participación social pretendía promover el autocuidado y la autodependencia en salud, así como fortalecer la acción comunitaria desde las acciones en salud. El módulo de servicios buscaba mejorar los niveles de salud de los pobladores utilizando un modelo de salud familiar, contribuir a la prestación de servicios de salud por grupos etarios o vulnerables y fortalecer un hábitat adecuado para Patio Bonito. El módulo administrativo tenía por objetivo lograr una administración conjunta para racionalizar las metas y los recursos y promover un sentido de pertenencia y de transdisciplinariedad en el trabajo. Y, finalmente, el módulo docente tenía como intención orientar la formación del profesional en salud de acuerdo con la realidad de salud en Colombia, desde la interdisciplinariedad y los fundamentos epidemiológicos, así como desarrollar un modelo multiseriado y progresivo de atención de salud para la implementación y la evaluación de la propuesta de trabajo (Calvo Suárez, 1989: 8-11).

Después de nuevas conversaciones con el decano Becerra y su aprobación de la *Propuesta*, se vio la posibilidad de establecer un convenio con ese Centro de Salud de Patio Bonito, a través de la Secretaría de Salud. Alvarado se puso entonces en contacto con su compañero de colegio, el

recién electo alcalde de Bogotá, Andrés Pastrana Arango<sup>14</sup>. Alvarado le explicó la situación, le presentó la *Propuesta* y le planteó la posibilidad de poner en marcha allí el “Programa de Atención Primaria Enfocada a la Comunidad”. El alcalde le dio su aprobación y la Alcaldía adjudicó entonces ese Centro a la Facultad de Medicina de la Universidad del Rosario y nombró a Julieta Calvo como su directora (Alvarado, 2015; Calvo & Valderrama, 2018). Se iniciaron así los trabajos de adecuación locativas, pero solo hasta finales de 1990, durante la nueva decanatura, se empezó a prestar la atención sanitaria en este Centro (Alvarado, 2015).

### **Un nuevo actor en la salud internacional: el Banco Mundial**

Mientras se adecuaba el edificio que albergaría el Centro de Salud de Patio Bonito, en el ámbito internacional estaban comenzando a ocurrir cambios que iban a llevar a un nuevo orden global y a modificaciones importantes en las políticas sanitarias. Por una parte, en el campo de la salud internacional, en 1988 comenzó a perfilarse una crisis al interior de la OMS, cuando terminaron los 15 años de permanencia de Halfdan Mahler como su director general. Mahler fue reemplazado en su cargo por un investigador japonés, Hiroshi Nakajima, que había sido director de la Oficina Regional del Pacífico Occidental de la OMS, en Manila, Filipinas. Su administración como director general de la OMS no estuvo exenta de problemas y uno de los más importantes, que llevó finalmente a la crisis de la institución, fue que facilitó el financiamiento extraordinario de programas de salud por fuera del presupuesto regular (Brown, Cueto & Fee, 2006 [2004]: 91-92).

Estas donaciones venían muchas veces condicionadas para realizar intervenciones sanitarias más allá de lo definido por la Asamblea Mundial de la Salud, creando así grandes contradicciones entre las naciones industrializadas y las instituciones internacionales donantes y las políticas definidas por la Asamblea que, para ese momento, había comenzado a ser

---

<sup>14</sup> Tanto Andrés Pastrana como su hermano el ginecólogo Jaime Pastrana y también Ricardo Alvarado y Camilo Valderrama habían estudiado en el Colegio San Carlos (Calvo & Valderrama, 2018). Pastrana se había posesionado como alcalde de Bogotá el 1.º de junio de 1988.

dominada numéricamente por los países pobres y en desarrollo que orientaban sus políticas en beneficio de las poblaciones menos favorecidas pero que solo tenían autoridad sobre el presupuesto regular. Así, “las naciones donantes más ricas y las agencias multilaterales, como el Banco Mundial, podían fácilmente imponer su opinión sobre el uso de los fondos fuera del presupuesto que ellos mismos proporcionaban”. De esta forma, desplazaron a los programas de Atención Primaria prioritarios para la Asamblea Mundial y comenzaron a utilizar la institución para recrear una serie de programas de tipo vertical, más o menos independientes (Brown, Cueto & Fee, 2006 [2004]: 91-92). Según Fiona Godlee, una de las editoras del *British Medical Journal*, esta situación llevó a que la Institución no pudiera “coordinar sus actividades según las prioridades acordadas y ha socavado cualquier intento de desarrollar respuestas integradas para las necesidades a largo plazo de los países” (Godlee, 1994).

Por otra parte, en el ámbito político y económico mundial, a finales de esta misma década de los ochenta y en los primeros años de los noventa, con el inicio de la caída de la Cortina de Hierro soviética, en agosto de 1989, y el derrumbamiento del Muro de Berlín, en noviembre del mismo año, millones de personas salieron a las calles a celebrar “el fin de la Guerra Fría”, exigiendo “reformas sociales, democracia y condiciones plenas de existencia”. Para el mundo occidental, esto parecía ser el triunfo universal de la democracia liberal y de sus instituciones (Torres del Río, 2010: 394). No obstante, lo que no era claramente visible era que detrás venía la globalización de la economía de mercado con sus correlatos: el régimen político neoliberal, el régimen de acumulación de capital financierista que, según los economistas neoliberales, era regulado de forma segura por “la mano invisible del mercado”.

Estos enfoques neoliberales y sus consecuentes políticas se materializaron como resultado de lo que se conoció como el Consenso de Washington, consistente en un conjunto de diez recomendaciones de política económica formuladas por el economista inglés John Williamson, en 1989<sup>15</sup>, y que tenían como objetivo orientar a los países en desarrollo,

---

<sup>15</sup> Las diez exigencias del Consenso eran: “1. La estabilidad macroeconómica mediante el control del déficit fiscal; 2. Reformas tributarias para incrementar el ingreso

inmersos en la crisis económica, para que lograsen salir de ella. El Consenso vino a reemplazar al llamado Pacto de Bretton Woods<sup>16</sup>, que había regido la actividad económica mundial hasta 1970. Este cambio histórico ofrecía unas nuevas “condiciones para impulsar transformaciones internas en los países atrasados económicamente. El Consenso de Washington se edificó entonces para ‘ajustar’ las economías de América Latina y el Caribe a los requerimientos de la economía mundial globalizada” (Torres del Río, 2010: 394).

Estas dos coyunturas abrieron el camino para que, a finales de los ochenta y comienzos de los noventa, un viejo actor sociopolítico, el Banco Mundial comenzara a incorporarse al ámbito de la economía, la política y la salud mundial, ocupando cada vez más el espacio que pertenecía a la OMS, pues los funcionarios de esta organización “no tenían la capacidad o la voluntad de responder a la nueva economía política internacional que estaba estructurada entorno a los enfoques neoliberales de la economía, el comercio y la política” (Brown, 1993: 63-64).

La institución que se apropió e impulsó las recomendaciones del Consenso de Washington no era nueva: el Banco Mundial<sup>17</sup> (Ruger, 2006 [2004]: 103). Esta institución, que inicialmente se interesó en la reconstrucción

---

mediante los impuestos; 3. Tasas competitivas de cambio para promover las exportaciones; 4. Acción estatal como complemento del mercado; 5. Liberalización del comercio; 6. Privatización de las empresas estatales; 7. Desregulación de los mercados laboral y de capitales; 8. Supervisión bancaria; 9. Garantías al derecho de propiedad incluido el intelectual; y, 10. La apertura al capital extranjero y el establecimiento de condiciones de igualdad con los capitales nacionales” (Torres del Río, 2010: 394-395).

<sup>16</sup> Estos acuerdos fueron las resoluciones de la conferencia monetaria y financiera de las Naciones Unidas, realizada en el complejo hotelero de Bretton Woods, en New Hampshire, Estados Unidos, entre el 1.º y el 22 de julio de 1944, que establecieron como patrón monetario universal al dólar estadounidense, convirtiéndolo en el centro del sistema económico, desplazando al patrón oro y creando un nuevo orden económico mundial, que estuvo vigente desde los inicios de la segunda posguerra hasta principios de la década de 1970, cuando comenzó a perfilarse el modelo neoliberal.

<sup>17</sup> Este había abierto sus puertas en Washington, D.C., en 1946, con el nombre inicial de Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (BIRF) y había sido creado en la Conferencia de Bretton Woods, en julio de 1944, junto con el Fondo Monetario Internacional (FMI), su hermano gemelo. En un principio, los objetivos de este Banco estuvieron centrados en el apoyo a los procesos de desarrollo durante la segunda posguerra y su función principal era la reconstrucción europea (Ruger, 2006 [2004]: 103).

européa, con la llegada de Robert McNamara a la presidencia del Banco (1968-1981) comenzó a virar su política hacia las “inversiones en planificación familiar, nutrición, salud y educación” (Ruger, 2006 [2004]: 104-105). Este cambio se apoyó en una serie de investigaciones que demostraron que la enfermedad y la desnutrición eran los dos peores síntomas de la pobreza, que afectaban la productividad y que la mejora de la salud y de la alimentación probablemente aceleraría el crecimiento económico. A partir de las investigaciones mencionadas, la salud y la educación fueron incorporadas en el Informe sobre el Desarrollo Mundial de 1980, para abogar por un mayor énfasis en los préstamos para el sector social (Ruger, 2006 [2004]: 120).

Ya en esta década de los noventa, en el marco del Consenso de Washington (1989), el Banco fue virando su orientación y comenzó a centrar su actividad en la promoción de la apertura de los mercados y en la administración más eficiente de las macroeconomías. “Lo aprendido en este periodo [...] demostró que el buen gobierno, las instituciones sólidas y el capital humano son cruciales para la erradicación de la pobreza mundial” (Ruger, 2006 [2004]: 105). Como consecuencia, el Banco empezó a entender el desarrollo como un proceso holístico y multidimensional centrado en las personas y en apoyar los programas de Salud, Nutrición y Población (SNT) como objetivo central de su labor y de su misión (Ruger, 2006 [2004]: 103-105).

Como se planteó atrás, “las reformas neoliberales implicaban un manejo gerencial de los servicios estatales presuponiendo que el sector privado sería más eficiente y menos corrupto que el público”. Esto llevó a que los sistemas y las diferentes agencias de salud pública tuvieran que sobrevivir con presupuestos menores de los que estaban acostumbrados y menor cantidad de personal de salud. La otra idea que acompañaba a esta afirmación era que se hacía necesaria “la privatización de las burocracias estatales encargada de los servicios sanitarios (lo que significó en muchos países una gran oportunidad para los planes privados de salud). Esta idea volvía a destacar la perspectiva tecnocrática y reduccionista dando énfasis al tratamiento en lugar de la prevención”. Según Cueto, “muchos de esos sistemas usarán términos nuevos para referirse a los pacientes como *clientes*

a quienes tenían que satisfacer con *eficiencia, eficacia, calidad y productividad*” (Cueto, 2015: 78).

Una de las primeras acciones del Banco Mundial en el área de la salud en Colombia fue la de financiar y apoyar técnicamente un estudio a fondo del sector. Esto con el fin de establecer sus condiciones en ese momento y explorar las posibilidades de cambio, teniendo en cuenta la minimización del Estado y la descentralización administrativa (no política) del poder gubernamental y sus consecuentes formas de administración de los servicios de salud en los ámbitos regional y local.

### **El Estudio Sectorial de Salud y la Ley 10 de 1990**

Como consecuencia, desde el 1.º de mayo de 1988 y hasta el 31 de abril de 1989, también durante el gobierno de Virgilio Barco y siendo ministro de salud Eduardo Díaz Uribe, el Ministerio de Salud y el Departamento Nacional de Planeación desarrollaron el Estudio Sectorial de Salud, que fue dirigido por el médico y salubrista Francisco José Yepes Luján. Según el ministro de Salud y el jefe del Departamento Nacional de Planeación, el Estudio:

[...] contó con el muy importante respaldo del Banco Mundial. Creemos que por la magnitud del universo de análisis, por la modalidad participativa que utilizó, con la vinculación de seis universidades, cuatro institutos descentralizados, un ministerio y un departamento administrativo, y más de 100 expertos y asesores [...] es este un esfuerzo sin precedentes en el sector salud colombiano. (Díaz Uribe & Flórez Enciso, 1990: 5)

Dicho Estudio proveyó los datos y la información que fueron luego utilizados por el gobierno desde sus versiones iniciales como elementos centrales de juicio para la elaboración de la Ley 10 de 1990 (Díaz Uribe & Flórez Enciso, 1990: 5).

Como bien lo planteaba Yepes Luján en la exposición del Marco Conceptual, el Estudio se fundamentó en la idea de la Historia Natural de la Enfermedad de Leavell y Clark, en la definición de salud de Blum y en el concepto de “Campo de Salud” de Laframbiose, aceptados y recogidos

previamente por el Informe sobre la Salud de los Canadienses de Marc Lalonde, por otros documentos del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos y por un grupo inglés independiente financiado por el King's Fund, que publicó el informe *The Nations Health*, documento de gran trascendencia para el desarrollo de las políticas inglesas de salud (Yepes Luján, 1990b: 13). Todos ellos cercanos y afectos a los modelos de salud y de protección social neoliberales ya en boga en estos países.

El Estudio reunió a varios expertos que coordinaron ocho grupos de trabajo en las diferentes áreas con sus correspondientes equipos técnicos:

1. Grupo Situación de Salud: dirigido por Myriam Oróstegui A., enfermera, magíster en epidemiología (ME) y profesora de la Universidad Industrial de Santander; equipo técnico: Juan Eduardo Céspedes, médico y magíster en Epidemiología, Alfredo Remolina, médico y magíster en Salud Pública (MSP), y Édgar Garzón, ingeniero de Sistemas.
2. Grupo Medio Ambiente: dirigido por Leonardo Velásquez R., ingeniero sanitario; equipo técnico: Jorge Alberto Osorio, ingeniero sanitario.
3. Grupo de Nutrición: dirigido por Mariela Borda P., nutricionista, magíster en Salud Pública y profesora de la Universidad del Norte; equipo técnico: Elba Lucila Sierra, nutricionista y magíster en Salud Pública; Elsa Guzmán de Aristizábal, nutricionista y Magister of Science (MS) en Alimentación y Nutrición; Rosa Soler de Bernal, nutricionista.
4. Grupo de Financiamiento: dirigido por Freddy Velandia, economista; equipo técnico: Luis Carlos Corral, economista; Ricardo Talero, administrador de Empresas; Andrés Valencia, economista; Édgar Serna, economista.
5. Grupo de Recursos Humanos en Salud: dirigido por Carlos Gross, economista y director de Recursos Humanos del Ministerio de Salud.
6. Grupo de Infraestructura: dirigido por Hipólito Pabón, médico, magíster en Salud Pública y profesor titular de la Universidad del

Valle; equipo técnico: Gustavo Combat, abogado; John Villota, ingeniero industrial, magíster en Salud Pública y en Administración en Salud.

7. Grupo de Atención Primaria y Participación Comunitaria: dirigido por Rafael Sandoval, médico, magíster en Administración en Salud; equipo técnico: Ana Lucía Muñoz, trabajadora social, especialista en Planificación Urbana y Regional.
8. Grupo de Investigación en Salud: dirigido por Beatriz Elena González, socióloga, magíster en Administración en Salud y directora de Investigaciones del Ministerio de Salud; equipo técnico: Álvaro Cardona, médico y magíster en Salud Pública (Yepes Luján, 1990a).
9. Además de estos grupos de base y por invitación de Francisco Yepes, el proyecto contó también con la participación de un Grupo de Análisis Socio-Histórico, coordinado por Emilio Quevedo V.<sup>18</sup> y con el apoyo de los médicos Mario Hernández, Hugo Cárdenas y Carolina Wiesner, el sociólogo Néstor Miranda C. y la antropóloga Consuelo Mariño<sup>19</sup>. Dicho grupo debía dedicarse al estudio sociohistórico de la toma de decisiones en salud en Colombia, desde 1886 hasta 1988. El informe de este grupo conformó el primer capítulo del libro, en dos tomos, en el que se presentaron los resultados del Estudio (Yepes Luján, 1990a), y que luego fue publicado como libro separado con el título de *La salud en Colombia. Análisis socio-histórico* (Quevedo V. et al., 1990).

Los resultados de la investigación de este último grupo, lejos de estar casados con los modelos y conceptos sobre los que se basó el Estudio

---

<sup>18</sup> Esa invitación se produjo durante una de las reuniones sostenidas con investigadores en COLCIENCIAS, cuando Quevedo era asesor del Programa Nacional de Salud de COLCIENCIAS, en la que Yepes participó y se interesó en los planteamientos de Quevedo (Quevedo V., 2011: 10).

<sup>19</sup> Quevedo y todo su grupo eran profesores del Seminario de Filosofía e Historia de las Ciencias y de la Medicina, de la Escuela Colombiana de Medicina, fundado por Quevedo desde 1979. En ese momento, Quevedo era, además, asesor externo del Programa de Investigación en Salud de COLCIENCIAS (Quevedo V., 2011: 11-12).

Sectorial, los sometía a crítica y los ubicaba en los contextos sociopolíticos y culturales en los que se habían originado dichos planteamientos, tratando de relativizar el absolutismo con el que habían sido manejados por dicho Estudio. Este documento se convirtió también en la primera periodización de la historia de la salud pública en Colombia desde una perspectiva sociohistórica, sociopolítica y antropológica<sup>20</sup>, y planteó los posibles futuros derroteros para superar el modelo neoliberal que se veía venir<sup>21</sup>.

Como consecuencia del Estudio Sectorial de Salud, el 10 de enero de 1990, el gobierno de Virgilio Barco expidió la Ley 10, por la cual se reorganizó el Sistema Nacional de Salud y se dictaron otras disposiciones como parte de la estrategia de descentralización administrativa<sup>22</sup> y reorganización del Sistema Nacional de Salud<sup>23</sup>, exigidas por el Banco Mundial. A partir de esta ley, el gobierno promulgó el Decreto n.º 1416 del 4 de julio de 1990, por el cual se dictaron normas relativas a la organización y establecimiento de las modalidades y formas de participación comunitaria en la prestación de servicios de salud<sup>24</sup>.

Esta fue, en efecto, la puerta de entrada para sentar las bases para las reformas neoliberales del sector de la salud, que se implementaron después,

---

<sup>20</sup> Otras periodizaciones se habían elaborado ya desde una perspectiva descriptiva (Bejarano Martínez, 1946), institucionalista (Aguilar & Silva López, 1979) y desde la orientación de la teoría de sistemas (Restrepo Chavarriaga & Villa, 1980), pero ninguna de carácter socio-histórico.

<sup>21</sup> La versión original de ese informe, presentada a la Dirección del Proyecto, no fue tenida en cuenta y se solicitó un breve resumen del trabajo que fue el que realmente vino a conformar ese primer capítulo de la publicación de los resultados del Estudio.

<sup>22</sup> Recuérdese que la descentralización administrativa hacía parte de las estrategias de minimización del Estado central que estaba proponiendo el modelo neoliberal.

<sup>23</sup> La propuesta de esa Ley 10 fue realizada por Eduardo Díaz Uribe y Camilo González Posso (militante del M-19), sin tener en cuenta las críticas que al modelo neoliberal se le habían hecho desde el análisis socio-histórico de la salud en Colombia que se habían expuesto en el primer capítulo del Estudio.

<sup>24</sup> Con esta reforma la salud del Distrito se reorganizó en Unidades de Planeación Territorial y Zonal (UPTZ) y el Distrito se descentralizó desde el punto de vista administrativo y adoptó el modelo de la Atención Primaria. Como consecuencia, los centros de salud se convirtieron en Unidades Primarias de Atención (UPAS), que dependían de un hospital de primer nivel, y los puestos de salud se trasforman en Unidades Básicas de Atención (UBAS) que, a su vez, dependían de una UPA (conversación de los investigadores con Catalina Latorre Santos, 6 de agosto de 2018).

durante el siguiente gobierno, el de César Gaviria Trujillo. Pero, al igual de lo que había ocurrido con la Declaración de Alma-Ata, esta Ley estaba montada a caballo, con una pierna apoyada en el estribo de la prevención primaria, de corte desarrollista, y, con la otra, puesta en el estribo de los estilos de vida saludables y de la salud comunitaria, sistematizados en el documento de Lalonde y la Carta de Ottawa, y de orientación neoliberal.

Por lo tanto, esta Ley, que tenía una buena parte de su contenido muy acorde con lo establecido por Lalonde y por la ya mencionada Carta de Ottawa, y que le daba mucha importancia a la participación comunitaria y a la promoción de un ambiente saludable, comenzó a modificar el ámbito sanitario. Como lo menciona Marcos Cueto, se pasó de un enfoque tradicional a uno que priorizaba una cultura de la higiene, en la que los individuos y los gobiernos tendrían que ser más activos en la conservación y mantenimiento de la calidad de vida y de respeto por el medio ambiente (Cueto, 2015: 63). Por esto se motivaba no solo la participación de los profesionales de la salud, sino también la de la propia comunidad, para fomentar los “estilos de vida saludables”, y crear “municipios saludables” de acuerdo con las políticas y guías del gobierno. Este cambio de política sanitaria le dio un marco favorable al programa de “Atención Primaria Basado y Orientado hacia la Comunidad” puesto en marcha por Becerra, Alvarado y Calvo.

Como ya se mencionó, la decanatura de Becerra Lara concretó un cambio significativo en la orientación de la Facultad, en el que esta fue puesta al día en las corrientes tanto educativas como de atención en salud a la comunidad, las cuales estaban articuladas entre sí.

## **Narcotráfico y guerrillas durante el gobierno de Virgilio Barco**

### ***La narcoviolenencia se agudiza***

Mientras esto ocurría en el sector de la salud y en el seno de la Facultad de Medicina del Rosario, en el país el conflicto social se agudizaba. Según César Torres del Río, “[...] al comenzar el gobierno de Virgilio Barco los narcotraficantes habían adquirido mayor poder económico y político y sus redes de corrupción en el Estado les facilitaban sus movimientos”. Las

reacciones sociales de los sectores que estaban siendo afectados por las fumigaciones con glifosato fueron *in crescendo*. Protestaban, por una parte, por el impacto ecológico que era evidente, pero también, por otra parte, por la acción represiva de las Fuerzas Armadas. La situación se agravaba porque el gobierno no encontraba soluciones alternativas y efectivas para la sustitución de cultivos (Torres del Río, 2010: 379).

Por su parte, el presidente Barco denunció el problema ante las Naciones Unidas y otras estancias diplomáticas. Este, en consonancia con la política norteamericana, hacía hincapié entre los vínculos entre narcotraficantes y terroristas, insistía en que la responsabilidad en la lucha contra el fenómeno era tanto de los países productores como de los consumidores, que tendrían que actuar para “reprimir el tráfico, el lavado de dinero y la adicción de sus nacionales”. En ese contexto, Ronald Reagan, en abril de 1986, firmó la directiva presidencial 221, aprobada por el Congreso, con la formulación de la Ley Antidrogas que planteaba que debía reducirse hasta en un 50 % la ayuda externa a los países productores de drogas ilícitas, en caso de un concepto negativo del presidente de los Estados Unidos sobre la cooperación de dichos países en la estrategia antidrogas (Restrepo, 1991, citado por Torres del Río, 2010: 380).

Se creó así una subcomisión del Congreso Norteamericano de Narcóticos, Terrorismo y Operaciones Internacionales en el Caribe y América Latina. El presidente de dicha subcomisión, el senador John Kerry, sostenía que Colombia era una narcodemocracia. Kerry argumentaba que el narcotráfico era más desestabilizador que la subversión promovida por la Unión Soviética. Por lo tanto,

recomendaba contratar a mercenarios para hacer expediciones contra gobiernos extranjeros y admitía que la privatización y el carácter conspirativo de la política de seguridad tenía que ser permanente y, lo más importante, se anotaba que los carteles colombianos de la droga eran el centro de una nueva amenaza contra la seguridad norteamericana, por lo que tenía que combatírseles mediante la extradición y variadas medidas que eliminaran el lavado de dólares. (Luis Alberto Restrepo, 1991, citado por Torres del Río, 2010: 380)

En Colombia, el narcotráfico estaba favoreciendo el tráfico ilegal de armas ligeras para la población y de armamento pesado para las organizaciones paramilitares. “En septiembre de 1987, el ministro de gobierno César Gaviria Trujillo denunció ante la Cámara de Representantes la existencia de más de 140 organizaciones paramilitares, unas nacionales y otras regionales”. En efecto, desde los años ochenta, estas organizaciones venían aumentando el número de sus integrantes, habían mejorado su coordinación y su capacidad estratégica logrando una mayor influencia política y geográfica, asesorados por mercenarios británicos, australianos e israelitas “contratados como asesores e instructores para entrenar a los paramilitares en los métodos de la guerra irregular y en el desarrollo de la guerra sucia”. Esto trajo como consecuencia miles de muertos y desaparecidos, entre ellos periodistas, policías, magistrados y políticos. Solo en 1988 ocurrieron 2738 asesinatos y entre enero y junio de 1989, 1216, es decir, un 84.9% del total de muertes en el país. Entre enero de 1988 y agosto de 1989, se produjeron 106 masacres (una nueva modalidad de violencia paramilitar) (Restrepo, 1991, citado por Torres del Río, 2010: 381-382).

Aquellos que se atrevieron a levantar la voz contra la violencia narcotraficante fueron asesinados. Entre ellos, los congresistas de la Unión Patriótica (UP), Leonardo Posada y Pedro Nel Jiménez Obando; Guillermo Cano Isaza, director del periódico *El Espectador*; Carlos Mauro Hoyos, procurador general de la Nación; Jaime Pardo Leal, excandidato presidencial de la UP; Antonio Roldán Betancur, gobernador del departamento de Antioquia; y Valdemar Franklin Quintero, director de la Policía de ese mismo departamento. Igualmente, Andrés Pastrana Arango y Álvaro Gómez Hurtado fueron secuestrados por las guerrillas (Torres del Río, 2010: 382-383).

### ***Acuerdos de paz con el M-19 y negociaciones fallidas con las antiguas guerrillas***

A pesar de la incapacidad del gobierno para enfrentar la violencia del narcotráfico, en la segunda mitad de su mandato, Barco reinició las negociaciones políticas con la guerrilla. La actitud del presidente ante ese tipo de acciones fue muy distinta de la que puso en marcha Belisario Betancur, en la cual, según Barco, dio un protagonismo desmedido a los actores

armados insurgentes. El mandatario, por su parte, era amigo del “pulso firme” de la “acción armada del Estado para restarles credibilidad, presencia y capacidad militar a los guerrilleros”, desarrollada unilateralmente desde el gobierno. De modo paralelo, las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia (FARC) dilataron sus decisiones, alargando las conversaciones con los funcionarios del Estado, mientras se fortalecían militarmente (Torres del Río, 2010: 386-387).

En medio de este escenario, el secuestro de Álvaro Gómez Hurtado, en mayo de 1988, efectuado por la guerrilla Movimiento 19 de Abril (M-19) y la reacción de los sectores civiles, de la Iglesia y de los partidos políticos, obligaron a Barco a acelerar el proceso para llegar a un acuerdo con este movimiento. De tal forma que el 1.º de septiembre de ese año el presidente lanzó su iniciativa de paz y los diálogos se iniciaron en diciembre. A pesar de varias reuniones e intentos de paz con los distintos grupos guerrilleros, solo uno de ellos terminó aceptando los términos de acuerdo y el 2 de noviembre de 1989 se firmó “el Pacto Político por la Paz y la Democracia, entre el gobierno, el Partido Liberal y el M-19”. La Ley 77 del 22 de diciembre de este año permitió el indulto de esta guerrilla y Antonio Navarro Wolff y Carlos Pizarro Leongómez fueron escogidos para adelantar con el gobierno las gestiones pendientes a la finalización del proceso de paz. De estas gestiones, resultó la alianza del M-19 con el Frente Democrático, la Democracia Cristiana y el Movimiento Colombia Unida, todas ellas organizaciones independientes, para presentar candidatos a las próximas elecciones de alcaldes y corporaciones (Torres del Río, 2010: 388-391).

Una vez firmada la paz con el M-19, otros grupos guerrilleros, como el Ejército Popular de Liberación (EPL), Partido Revolucionario de los Trabajadores (PRT) y el Movimiento Armado Indígena Quintín-Lame, se acogieron a la propuesta de paz, convencidos de que su proyecto militar ya no tenía sentido. Entre tanto, las FARC y el Ejército de Liberación Nacional (ELN), que continuaban ampliando su presencia militar en nuevas zonas y llenando sus arcas con los ingresos resultantes de la protección de los cultivos de coca, finalmente rechazaron la celebración del acuerdo con el gobierno (Melo, 2017: 267).

### ***Campaña electoral de 1989***

En el marco de este conflicto social, la campaña electoral iniciada en 1989, que entre sus objetivos enfilaba baterías contra los narcotraficantes y las guerrillas que no firmaron la paz, estuvo especialmente teñida por la exacerbación de la violencia de los narcotraficantes, que pretendían obligar al gobierno a suspender el Tratado de Extradición<sup>25</sup>.

El 22 de julio de 1989, en la Convención Nacional Liberal, reunida con el fin de escoger al candidato único del partido para las próximas elecciones presidenciales, Luis Carlos Galán Sarmiento, fundador del movimiento Nuevo Liberalismo ya consolidado como partido, se comprometió a representar a la totalidad del Partido Liberal en la Presidencia de la República y declaró que los únicos enemigos del país eran los que utilizaban el terror y la violencia para acallar al pueblo colombiano o intimidarlo para asesinar sus más importantes protagonistas. Como resultado de este discurso, la Convención lo escogió como candidato único del liberalismo para las próximas elecciones presidenciales (Pachón de Galán, 2019: 288-291). Galán representaba la consolidación de la nueva tendencia neoliberal (de ahí el nombre de su partido) que planteaba la apertura económica y el apoyo al capital financiero.

Para agosto, el país ya tenía claro que Galán sería elegido para la Presidencia de la República. Ante esto, dos de los grandes capos del narcotráfico en el país, Pablo Escobar Gaviria y Gonzalo Rodríguez Gacha, lo consideraron una amenaza para sus intereses económicos. Por ello, planearon y coordinaron su asesinato, ocurrido el 18 de agosto de 1989 durante una manifestación política de su campaña. Como consecuencia, el gobierno de Barco tuvo una contundente respuesta, declarando el Estado de Sitio y la confiscación de las propiedades de todos los narcotraficantes en Colombia. Así mismo, se firmó la extradición de veinte narcotraficantes y las relaciones de cooperación en la lucha antidroga con los Estados Unidos se hicieron más estrechas (Henderson, 2012: 155-156).

---

<sup>25</sup> El Tratado de Extradición con los Estados Unidos había sido suscrito entre Virgilio Barco como embajador de Colombia y Cyrus Vance, secretario de Estado, en Washington, el 14 de septiembre de 1979. Posteriormente, este Tratado se convirtió en la Ley 17 de 1980 del Congreso de la República de Colombia.

En respuesta, Pablo Escobar Gaviria y Gonzalo Rodríguez Gacha, cabecillas del Cartel de Medellín, contra quienes el ministro de Justicia, Enrique Low Murtra, había dictado orden de captura desde enero de 1988,

se lanzaron al terrorismo general: bombas en centros comerciales, la destrucción del edificio del Departamento [Administrativo] de Seguridad del Gobierno, DAS [6 diciembre 1989], la explosión de un avión comercial lleno de pasajeros [27 de noviembre 1989], el asesinato de centenares de policías y de decenas de jueces y funcionarios públicos, [además] del exterminio [de buena parte de los militantes] de la Unión Patriótica.

Aunque el gobierno logró eliminar a Rodríguez Gacha, alias *el Mexicano*, esta política de enfrentamiento a *Los Extraditables* no contó con un respaldo total del público, pues se planteaba en ciertos círculos que la droga era un problema de los países consumidores y que el terrorismo narcotraficante era una respuesta a la violencia del Estado contra ellos y sus negocios (Melo, 2017: 266).

Como consecuencia de todos los golpes que se les estaba propinando, casi al final de la administración de Barco, las mafias pusieron en marcha distintas alternativas para buscar el diálogo y la negociación con el gobierno. En enero de 1990, varias personalidades del país les hicieron un llamamiento para que liberaran a los secuestrados y suspendieran el negocio, con el fin de que tuvieran un tratamiento menos riguroso ante la ley. Las mafias respondieron aceptando el triunfo del Estado y proponiéndose como mediadores antes los otros grupos alzados en armas, como esmeralderos, paramilitares y sicarios, pero el Estado respondió negativamente y el presidente se mostró inflexible, de manera que descartó cualquier posibilidad de diálogo y continuó la estrategia de guerra contra ellos (Torres del Río, 2010: 385-386).

Tres meses después, las elecciones del 11 marzo de 1990, que renovaron el Congreso, las alcaldías, las asambleas y los consejos, trajeron varios cambios para el país. Uno de ellos fue que, dos días antes de esas elecciones, el M-19 “entregó sus armas y firmó un acuerdo definitivo con el presidente Barco” y que la coalición que se había formado con el desarme

del M-19 y que había inscrito listas para estas elecciones obtuvo en ellas 100.000 votos (Torres del Río, 2010: 391).

Otro cambio que estaba en juego era el de la Reforma Política. El plebiscito del 1.º de diciembre de 1957, que creó el Frente Nacional, había prohibido a los colombianos apelar al “constituyente primario” para proponer reformas a la Constitución. Pero los tiempos habían cambiado: “a los pocos días de haber sido asesinado Luis Carlos Galán, varios núcleos de estudiantes impulsaron un movimiento estudiantil que defendió la idea de realizar un plebiscito que abriera las puertas a una Asamblea Nacional Constituyente”. Este movimiento logró recolectar miles de firmas para que, en las elecciones del 11 de marzo, se incluyera lo que ellos llamaron la *Séptima Papeleta*. Esta tenía como finalidad apoyar electoralmente la convocatoria a tal Asamblea y derogar así el artículo 13 del plebiscito de 1957 que lo prohibía (Torres del Río, 2010: 391-392).

Su presión logró que el gobierno aceptara la contabilización de dicha papeleta. El texto de esta rezaba así: “Para fortalecer la democracia participativa, voto por la convocatoria de una Asamblea Constitucional con representación de las fuerzas sociales, políticas y regionales de la nación, integrada democrática y popularmente para reformar la Constitución Política de Colombia”. En efecto, los dos millones de votos que la respaldaron en las elecciones del 11 de marzo obligaron al gobierno de Barco a “buscar fórmulas que hicieran realidad la expresa exigencia” (Torres del Río, 2010: 391-392). Según Jorge Orlando Melo, “una serie de interpretaciones forzadas de la ley permitió escrutar la papeleta y convocar a la Asamblea que fue elegida en diciembre de ese año, respaldada por la voluntad directa del pueblo” (Melo, 2017: 268).

El tercer cambio importante consistió en que, en esas elecciones del 11 de marzo, el Partido Liberal sometió a consulta popular la elección del futuro candidato oficial para las muy próximas elecciones presidenciales. Como posibles candidatos figuraban Hernando Durán Dussán, Ernesto Samper Pizano, Jaime Castro y César Gaviria Trujillo, este último, ministro de Gobierno de Barco. Pero, en el entierro de Luis Carlos Galán, su hijo, Juan Manuel propuso a César Gaviria como sucesor de su padre, hecho que fue decisivo para que Gaviria triunfara en estas elecciones (Torres del Río, 2010: 393).

## **La elección de César Gaviria Trujillo: neoliberalismo y globalización de la economía**

Así, dos meses después, en las elecciones presidenciales del 27 de mayo, ocurridas en medio del proceso de la convocatoria para la Asamblea Nacional Constituyente y de la negociación con las guerrillas (Melo, 2017: 268), César Gaviria Trujillo, economista, político y ministro de Gobierno de Barco, fue electo como presidente por una mayoría del 48 % de los votos (2.891.808 votos), desplazando al conservador Álvaro Gómez Hurtado, quien se presentó en nombre del Movimiento de Salvación Nacional (1.433.903 votos), al candidato Antonio Navarro Wolff de la Alianza Democrática M-19 (775.240 votos) y al pastranista Rodrigo Lloreda Caicedo del Partido Social Conservador (735.374 votos) (Torres del Río, 2010: 393).

Según Torres del Río,

[...] El 58% de la abstención ponía en evidencia el cansancio de los ciudadanos, quienes en el lapso de dos meses habían participado en dos elecciones —la del 11 de marzo para corporaciones públicas y la del 27 de mayo para presidente—, la crisis de los partidos políticos tradicionales y la ausencia de una alternativa real de oposición [...]. Con el lema “Bienvenidos al Futuro”, en el discurso de posesión Gaviria prometió un “revolcón” en todos los órdenes para que Colombia avanzara por la senda del desarrollo y la democracia de acuerdo con las transformaciones que el mundo estaba viviendo. (Torres del Río, 2010: 393)

Para Gaviria Trujillo, las exigencias del Consenso de Washington, mencionadas atrás, significaban que, además de poner en marcha la Asamblea Constituyente y los acuerdos de paz, su programa de gobierno también le exigía la creación de “las condiciones para que la economía nacional marchara con los compases de la globalización”. Según el presidente, el anunciado “revolcón” buscaba pues, en consonancia con el Consenso, “hacer de Colombia un protagonista y un interlocutor de los cambios ocurridos y no un simple espectador del emergente nuevo orden mundial”. No obstante, “de todas las alternativas posibles en materia de

desarrollo, Gaviria escogió la menos viable y la que ya había fracasado en distintos países (Chile, Brasil entre otros): la neoliberal [...] pero necesaria para concretar las medidas del Consenso de Washington” (Torres del Río, 2010: 395).

Así, con César Gaviria Trujillo, preclaro seguidor de las ideas de Galán, el Nuevo Liberalismo accedía al poder y, con él, la instauración definitiva de la globalización y el neoliberalismo, que tímida, pero progresivamente, venían penetrando al país desde los tiempos del gobierno de López Michelsen, reemplazando el programa de sustitución de importaciones, característico del modelo desarrollista de la CEPAL (Melo, 2017: 271-272).

Como corolario, la nueva Constitución Política, que tomaría cuerpo durante su mandato, le abriría la puerta a un modelo de salud privatizado y al servicio del enriquecimiento del capital financiero y del “Complejo Médico Industrial”, desde los presupuestos del modelo de Campo de la Salud de Marc Lalonde. Como ya hemos dicho, este modelo proponía, por una parte, descargar al Estado de la responsabilidad y de los costos de la atención médica, privatizando los servicios de salud y, por otra parte, delegar la atención primaria y la salud comunitaria en la responsabilidad de los individuos y las comunidades, quitándole así de encima al Estado el problema de la salud de los ciudadanos.

### **Final de la decanatura de Antonio Becerra Lara**

Al final de la década de los noventa, el decano Antonio Becerra Lara terminó el período de su decanatura en propiedad, retirándose del cargo. Como se puede ver por lo relatado atrás, esta decanatura, que duró por un período de seis años, puede considerarse como destacada, pues con el liderazgo y la orientación de Becerra Lara la Facultad dio un significativo viraje para ponerse al día en las nuevas corrientes internacionales del ámbito de lo sanitario. Por una parte, impulsó una reforma curricular significativa en la que se incorporaron a la Facultad las nuevas orientaciones hacia la salud comunitaria y la Atención Primaria en Salud que habían comenzado a llegar al país desde 1979 y que la Universidad del Rosario no había tenido en cuenta hasta ese momento. Igualmente, el nuevo currículo impulsó las orientaciones sociohumanísticas en su enseñanza y la formación en

las metodologías de investigación. Estos cambios recogían, con el apoyo del ICFES, las orientaciones que habían comenzado a predominar en la OMS después de la reunión de Alma-Ata, pero también las insistencias de COLCIENCIAS de incorporar la ciencia y la tecnología como herramienta de pensamiento en el campo de la salud.

Por otro lado, con la reforma del Departamento de Medicina Preventiva y la vinculación del centro de salud de Patio Bonito, el decano Becerra volvió a darle vida a los programas de educación médica extra-murales que irían a permitir posteriormente que la salud comunitaria y la atención primaria no fuera asignaturas teóricas, sino que tuvieran una sólida formación práctica modificando, en buena parte, la actitud de los estudiantes ante los problemas sociales relacionados y determinantes de las condiciones de la salud. Esto comenzó a hacerle un primer contrapeso a la vocación hegemónica predominante en la Facultad de formar especialistas médico-quirúrgicos orientados hacia una medicina de élite. Becerra abrió, pues, el camino hacia una nueva Facultad.

### **Decanatura de Antonio Ucrós Cuéllar (1990-1992)**

El 6 de noviembre de 1990, recién comenzado el gobierno de César Gaviria Trujillo (1990-1994), el endocrinólogo y miembro de la Sociedad de Cirugía de Bogotá, Antonio Ucrós Cuéllar, fue nombrado por el rector Gustavo de Greiff como nuevo decano de la Facultad de Medicina del Rosario, mediante el Decreto Rectoral n.º 323. Ucrós fue escogido de una terna conformada por Roberto Jaramillo, Jorge García y él (Ortega Ortega, 2018; Ucrós Cuéllar, 1996: 113).

Según el médico historiador Zoilo Cuéllar Durán, Ucrós Cuéllar había nacido en Bogotá, de padres huilenses. Recibió su grado de bachiller del Colegio Mayor de San Bartolomé y el de médico de la Universidad Nacional de Colombia, en 1948, con un trabajo de tesis titulado *La biopsia de endometrio en la hemorragia uterina funcional*. En 1949, viajó a España y allí se especializó en Endocrinología, en el Hospital Central de Madrid, bajo la tutela del profesor Gregorio Marañón. Complementó su formación con estudios de Ginecología Médica en Madrid, al lado de los profesores José Botella Llusía y García Orcoye. Además, estudió Medicina Interna con el mismo profesor Marañón y con Carlos Jiménez Díaz. Luego se trasladó a

Cataluña, donde terminó su especialización en el Hospital Provincial de Barcelona, con los profesores Cañadell y Cristian de Nogales. En 1951, creó el servicio de endocrinología general en el Hospital de San José y, en ese mismo año, inició su docencia en la Cátedra de Medicina Interna para los estudiantes de la Universidad Javeriana, quienes realizaron sus prácticas clínicas en ese hospital hasta 1964, cuando la Universidad Javeriana trasladó sus estudiantes al Hospital de San Ignacio. Después de esta fecha, el profesor Ucrós continuó vinculado con el Hospital de San José y, así, desde 1966, inició sus labores en la nueva Facultad de Medicina de la Universidad del Rosario (Cuéllar Montoya, 2005), desempeñando diferentes cargos y funciones, como ya se ha venido describiendo en esta obra.

Esta decanatura se destacó, por una parte, por sus labores administrativas, entre ellas, la realización del organigrama y el manual de funciones del personal administrativo, así como la elaboración de nuevos Reglamentos de Pregrado, Posgrado e Internado (Ucrós Cuéllar, 1996: 114). Se contrató una compañía externa especializada para hacer el presupuesto de la Facultad, cuya gestión logró establecer un superávit de \$30.332.566 (Ucrós Cuéllar, 1996: 114). Así mismo, se reguló la vinculación de docentes de la Sociedad de Cirugía de Bogotá para controlar aquellos rubros en los que había irregularidades y para organizar áreas en las que había exceso de docentes (Ucrós Cuéllar, 1996: 114-115).

Por otra parte, en esta decanatura se logró finalmente la inauguración del mencionado Centro de Salud UPA 92, de Patio Bonito (Alvarado, 2015), continuando con lo iniciado por el decano Becerra, siguiendo las propuestas, y la orientación de Julieta Calvo y Ricardo Alvarado, en el ámbito de la atención primaria y la salud comunitaria y fortaleciendo estas áreas y la de la medicina familiar<sup>26</sup>, dentro del espíritu de lo propuesto por Lalonde y Blum y la Carta de Ottawa.

---

<sup>26</sup> Valga la pena anotar aquí la contradicción entre las propuestas iniciales de la medicina preventiva y la manera como tales propuestas se interpretaban y se aplicaban en Colombia. De acuerdo con la propuesta de Leavell y Clark, en el marco del Estado de Bienestar desarrollista, “la prevención primaria” debía realizarse en el primer nivel de prevención, es decir, se trataba de poner en marcha medidas para neutralizar la acción de los factores desencadenantes del desequilibrio (la enfermedad) y para actuar sobre aquellos pacientes que se encontraban en el período preclínico, con el fin de superarlo, revertiendo

## **La Constitución Política de 1991**

Un mes antes de la posesión del nuevo decano, el gobierno había expedido el Decreto 1926 de agosto de 1990, declarado exequible por la Corte Suprema de Justicia, y por el cual se convocaba a una Asamblea Nacional Constituyente. Según Jorge Orlando Melo, esta Asamblea,

[...] elegida en 1990, fue vista por los electores como una oportunidad de paz. Fuera del M-19, premiado por su pacifismo, entre los conservadores ganó el grupo de Álvaro Gómez Hurtado, quien había sido secuestrado dos años antes por el M-19 y defendía ahora, después de años de intransigencia, una negociación con la guerrilla. La mayoría liberal apoyaba también esta perspectiva, de modo que la Constituyente estuvo animada por el entusiasmo por las posibilidades de paz, a pesar de la ausencia de dos guerrillas fuertes, las FARC y el ELN. (Melo, 2017: 270)

Al respecto, Torres del Río afirma que,

[...] Con un total de 3,710,596 votos, la Asamblea quedó integrada por 25 miembros del liberalismo, 19 de la Alianza Democrática M-19, 11 del Movimiento de Salvación Nacional orientado por Álvaro Gómez

---

la acción de los factores para que el paciente regresara al “estado de equilibrio”, en el que consistía la salud, de acuerdo con la perspectiva funcionalista de Leavell y Clark (Leavell & Clark, 1965 [1953]). Esto implicaba una acción integrada con los demás subsectores del Sistema Nacional de Salud y con los otros sectores del sistema social (Quevedo V. et al., 1990: 78). En Colombia, y siguiendo las recomendaciones de Alma-Ata, en el sector oficial del Sistema Nacional de Salud, desde una perspectiva neoliberal, se utilizaba el concepto de “atención primaria” como la acción sanitaria en el primer nivel de atención o nivel local, desde el momento en el que el Ministerio decidió acoger esta estrategia “que permite ampliar la cobertura de servicios de salud, tanto a las personas como al medio ambiente, mediante la realización de acciones simples que tienden a satisfacer las necesidades elementales de la comunidad en relación con la promoción de la salud, prevención de las enfermedades más frecuentes, y prestación de servicios mínimos de recuperación y rehabilitación” (República de Colombia. Ministerio de Salud, 1981). Sin embargo, no se hablaba para nada de su integración con los otros niveles ni con los demás subsectores del Sistema Nacional de Salud y otros sectores del sistema social en el ámbito local, refiriéndose siempre a acciones simples, sin tener en cuenta la complejidad de los problemas de salud.

Hurtado, 5 del Social Conservatismo dirigido por Misael Pastrana Borrero y 4 del Conservatismo Independiente. Los indígenas, los grupos evangélicos y la Unión Patriótica (UP) contaron con 2 miembros cada uno. Representantes de las guerrillas que habían aceptado desarmarse y reinsertarse —EPL, PRT y Movimiento Armado Quintín Lame— fueron nombrados directamente por el presidente César Gaviria. (Torres del Río, 2010: 404)

La Constituyente se instaló el 3 de febrero de 1991, presidida por Álvaro Gómez Hurtado del conservatismo, Antonio Navarro Wolff del M-19 y Horacio Serpa Uribe del liberalismo, revocando el mandato de los congresistas que habían sido elegidos el 11 de marzo de 1990, pues no podían existir en el país dos cuerpos legislativos paralelos (Torres del Río, 2010: 404). Esta Asamblea prohibió la extradición de colombianos, lo que llevó a la entrega a la justicia de Pablo Escobar, principal cabeza del Cartel de Medellín. Por su parte, ese mismo día de la instalación de la Asamblea el presidente Gaviria autorizó la reanudación de la acción militar contra las FARC (Melo, 2017: 268-269).

Pero la Asamblea no reformó la Constitución de 1886 y sus *adendums* posteriores. No, “expidió una nueva Constitución” (Melo, 2017: 270) y, con ella, creó un nuevo país. En primer lugar, “se basó explícitamente en la soberanía popular: la legitimidad del Gobierno se derivaba de la representación del pueblo” (Kalmanovitz, 2019 [2010]: 425) y no “en nombre de Dios, fuente suprema de toda autoridad”, como lo establecía la Constitución de 1886 (República de Colombia, 1886: 1). Y, en consecuencia, en nombre del pueblo,

en ejercicio de su poder soberano, representado por sus delegatarios a la Asamblea Nacional Constituyente [se propuso] fortalecer la unidad de la Nación y asegurar a sus integrantes la vida, la convivencia, el trabajo, la justicia, la igualdad, el conocimiento, la libertad y la paz, dentro de un marco jurídico, democrático y participativo que garantice un orden político, económico y social justo, y comprometido a impulsar la integración de la comunidad latinoamericana. (República de Colombia, 1991: 1)

Creó además “un Estado social de derecho, organizado en forma de República unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, democrática, participativa y pluralista, fundada en el respeto de la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran y en la prevalencia del interés general” (República de Colombia, 1991: 1). Por medio del artículo 7.º, el Estado reconoce y protege además la diversidad étnica y cultural de la nación colombiana. De esta forma, Colombia se concibió a sí misma como una Nación pluralista, multiétnica y pluricultural. La nueva Constitución también “buscó fortalecer el respeto a los Derechos Humanos, la capacidad de representación de instituciones políticas y la posibilidad del autogobierno local” (Melo, 2017: 270).

Como derechos “fueron incorporados los individuales, los civiles, los políticos, los sociales —trabajo, salud y seguridad social, sindicalización, alimentación, vivienda, educación, ciencia e información, entre otros— y los llamados de solidaridad que corresponden al derecho de los pueblos a reclamar de la humanidad el desarrollo, la paz, medio ambiente protegido y un patrimonio común”. De igual manera, prohibió la pena de muerte, las desapariciones forzadas, las torturas, la servidumbre y la esclavitud. Proclamó el derecho a la intimidad y al desarrollo de la personalidad, a la libertad de cultos, de consciencia, de enseñanza, de reunión y de asociación, entre otros muchos más. Creó, así mismo, la Defensoría del Pueblo, la Corte Constitucional, la Fiscalía General de la Nación y el Consejo Superior de la Judicatura (Torres del Río, 2010: 404-405).

En lo que a la Seguridad Social y a la Salud como derechos sociales compete, la Constitución planteó en sus artículos 48 y 49, que la Seguridad Social y la Salud eran servicios públicos de carácter obligatorio, que se prestarían “bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley”. En relación con la salud, también se decía, en el artículo 49, que “se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud” (República de Colombia, 1991: 8-9).

Pero se deja explícito que estos derechos se garantizan por el Estado, con la participación de los particulares, ampliando progresivamente la cobertura. Así, la Seguridad Social podría ser prestada por entidades

públicas o privadas, de conformidad con la ley. El Estado establecería las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas y ejercería su vigilancia y control. Los servicios de salud se organizarían en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad.

La Constitución abrió así el camino para la aplicación en Colombia del modelo de Lalonde y Blum que recomendaba que el Estado se quitara de encima los costos de la atención médica, que se privatizara la prestación de los servicios médicos y que se les derivara a las comunidades la responsabilidad del cuidado de la salud. Modelo que caía como anillo al dedo a la orientación neoliberal del Nuevo Liberalismo de Galán y de Gaviria, plasmado en la Constitución.

### **Continuación del desarrollo de la Salud Comunitaria**

En ese nuevo contexto, y en concordancia con un convenio con ASCOFAME, llamado “Proyecto-Escuela”, para promover la medicina familiar<sup>27</sup>, con financiación de la Fundación Kellogg, se iniciaron las actividades asistenciales en Centro de Salud UPA 92, de Patio Bonito, centradas en la Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC) (Alvarado, 2015).

Según la profesora Catalina Latorre, para ese momento en el currículo había tres instancias de formación en salud pública: en el primer semestre de la carrera se les dictaba Introducción a la Medicina, asignatura práctica en la cual el estudiante iniciaba su primer contacto con el hospital y aprendía los cuidados primarios y de enfermería sobre los pacientes hospitalizados en los pabellones del Hospital de San José; en el quinto semestre se les enseñaba Epidemiología; y en el décimo semestre se abordaba el estudio de la Medicina Preventiva y de la Salud Comunitaria, realizando prácticas extramurales en el Centro de Salud de Patio Bonito.

En efecto, para 1991, Julieta Calvo ya era tanto la directora de la UPA 92 como la jefa de la Cátedra de Medicina Preventiva y Salud Comunitaria, y trabajaba con estudiantes de la Universidad del Rosario en una práctica

---

<sup>27</sup> Versión renovada de la salud comunitaria surgida del concepto de “campo de la salud” de Lalonde, pero convertida en especialidad médica.

de salud comunitaria, en concordancia con el mencionado convenio de ASCOFAME (Latorre Santos, 2018).

En palabras de Calvo, este “fue el primer centro que, a los tres meses de abierto, empezó a presentar estadísticas de seguimiento de pacientes crónicos; a los 6 meses teníamos 14 grupos de estudiantes rotando, pero dentro de un proceso particular, un proceso participativo [...]” (Calvo & Valderrama, 2018).

Este centro y el Departamento de Medicina preventiva, del cual dependía, gestionaron un programa de monitores, como lo describe la propia Julieta Calvo:

[Inicialmente yo] me senté y conversé con Becerra [sobre el tema] pero me decía “doctora para qué necesitamos más, usted es capaz de hacer eso”. [Yo le dije] “pero no, es que eso no es cuestión de que uno sea capaz o no. Es que hay que crear una masa crítica para que esto se vuelva una institución o una práctica, no una pasantía”. Porque me acuerdo, que le decían “la pasantía”, y yo siempre le decía “doctor Becerra, no es una pasantía, es una práctica. Eso no es una pasantía, ellos transforman y se transforman en este proceso, no es que yo vengo extraigo lo que necesito del paciente y me lo llevo y ya sé que tengo más destrezas médicas. No, eso es también un proceso de corresponsabilidad”. Y yo me acuerdo que él me decía “es reciprocidad”, pero [yo le decía] “no, la reciprocidad es un contrato, usted es recíproco cuando tiene un contrato. Pero usted es corresponsable cuando tiene una obligación ética que cumplir y que tiene derechos y responsabilidades. [Lo que vamos a hacer] no es solamente un contrato”. (Calvo & Valderrama, 2018)

Según Camilo Valderrama, esa fue la tarea que Julieta Calvo puso en marcha como directora del Centro: capacitar a los monitores que llegaban<sup>28</sup> y armar un “centro-escuela” como el que se había planeado desde el

---

<sup>28</sup> Según Catalina Latorre Santos, “los monitores nunca llegaron, y Julieta decide nombrar como monitores a la odontóloga (Sonia Rodríguez), a la enfermera (Carolina Enríquez) y a la médica (Alba Yaneth Gil). Las tres estaban haciendo su año rural [...]”.

comienzo. Así mismo, el Centro fue un bastión importante no solo para la Facultad, sino también para las acciones de salud comunitaria de la Secretaría de Salud de Bogotá. “Hubo tres ejes de acciones importantes: la práctica comunitaria; la educación continuada por parte del Rosario a los profesionales vinculados a la Secretaría de Salud de Bogotá y la formación de residentes” (Calvo & Valderrama, 2018).

La práctica comunitaria se relacionaba con el programa de monitores y con la certeza de que institucionalmente había que transformar la manera en la que se enseñaba la medicina. Por esto, la práctica se hacía manteniendo una relación diferente tanto del médico como del paciente con la comunidad (Calvo & Valderrama, 2018).

Como lo menciona Catalina Latorre Santos,

Julieta [Calvo] nos formaba a todos y nos hacía ir a las clases que ella daba, y ella tenía un manual de lecturas que había escrito. Entonces nosotros, paralelo a lo que hacíamos de trabajo de campo, nos formábamos [...] en todo lo que era salud comunitaria, en todo lo que era acción comunicativa<sup>29</sup>, y nos vinculábamos a todo lo que hacía el distrito en toda la parte de atención primaria y de planeación<sup>30</sup>. [...] Estábamos en el marco de la Ley 10, [...] de los COPACOS [Comités de Participación Ciudadana en Salud] y de la figura de la salud como generadora de desarrollo. (Briceño Ayala & Latorre, 2016)

---

Yo llegó en noviembre del 1991 a trabajar con Julieta, recomendada por ASCOFAME, pues mi tío Humberto Janer Ruiz, que trabajaba en esa Institución como Jefe de la División de Educación y Director Ejecutivo Asociado, me recomendó que fuera a hablar con Julieta” (Latorre Santos, 2018-2020).

<sup>29</sup> Como lo afirman los entrevistados, “Nos formábamos en la ‘acción comunicativa’ de Jürgen Habermas, leíamos los textos de Max Neef sobre necesidades básicas insatisfechas y desarrollo local, y estudiábamos los trabajos de Goffin, que había sido el maestro de Alvarado y de Julieta en Jerusalén” (Latorre Santos, 2018-2020).

<sup>30</sup> Esto estaba asesorado por la Fundación Stanley Gillow, Institución que estaba dirigida en ese momento por los miembros del M-19 que trabajaban en salud y Camilo González Posso, miembro de esa organización, era desde 1990 el ministro de Salud del gobierno de César Gaviria (Latorre Santos, 2018-2020; Latorre Santos, 2018-2020).

Con respecto a la educación continuada, la Facultad, junto con ASCOFAME, y con la participación de Alvarado y Calvo, le facilitó a la Secretaría de Salud la capacitación de un grupo de aproximadamente 520 personas de su planta de personal. Sobre este programa Julieta Calvo afirma que “[...] esa es la otra platica [con la que se financió] este programa, entramos con educación continuada desde el Rosario para la Secretaría de Salud y eso se extendió muchísimo”<sup>31</sup>. Finalmente, la formación de residentes se hizo con estudiantes del Rosario y de la Javeriana en áreas como salud comunitaria y salud familiar (Calvo & Valderrama, 2018).

Por otra parte, y paralelamente, en la coyuntura de la reorganización del Sistema Distrital de Salud, en lo relativo a Introducción a la Medicina de primer semestre, se pensó en la creación de una Unidad Básica de Atención (UBA), por voluntad expresa del Centro de Salud n.º 6, del Comité de Participación Comunitaria, y de un miembro de la comunidad, que ofreció las instalaciones físicas. La Facultad de Medicina de la Universidad del Rosario tomó el liderazgo de esa UBA y, “mediante el convenio 164/92, creó un Polo de Desarrollo Social Universitario, dentro de la estructura administrativa de la UBA”. Este proyecto fue encabezado por el decano Antonio Ucrós Cuéllar, con la participación de Juvenal Rodas, como coordinador de la asignatura de Introducción a la Medicina; de Julieta Calvo, como jefe de Salud Comunitaria de la Facultad; de Luis Ricardo Araque, como director del Centro de Salud n.º. 6; y de Ruth Pérez, como coordinadora del proyecto (Araque & Pérez de Meza, 1996: 125). Como parte de estas iniciativas, se estructuraron, en un equipo multidisciplinario e interinstitucional, dos programas para dar continuidad al trabajo

---

<sup>31</sup> Catalina Latorre, recién llegada a la Institución, comentaba al respecto que ella entró “vinculada informalmente a recibir grupos de práctica en la UBA La Mexicana. Era un trabajo comunitario, sin remuneración, y finalmente se [le] regularizó [su] vinculación para febrero de 1992, [obteniendo así su] primer contrato como monitora de práctica de los estudiantes del programa de Medicina de la Universidad del Rosario, con un pago de \$200 mensuales”. En paralelo con eso, ella empezó a adquirir una educación más formal, “tal vez en el segundo semestre de 92, cuando yo entro a la Maestría en Administración en Salud en la Universidad Javeriana” (Latorre Santos, 2018: 2). Dicha maestría estaba dirigida por Francisco Yepes, quien había dirigido el Estudio Sectorial en Salud, y que ya estaba imbuido en las propuestas neoliberales. Por eso, esa maestría incluía la enseñanza de la Economía de la Salud.

comunitario: uno referente a la salud familiar y, el segundo, relacionado con la salud escolar (Araque & Pérez de Meza, 1996: 125).

En palabras del decano Antonio Ucrós, “[...] es en este nuevo aspecto, que se refiere a la asistencia en el primer nivel, donde los estudiantes han tomado conciencia del servicio que pueden prestar y donde el contacto con la comunidad y sus problemas los enriquece” (Ucrós Cuéllar, 1996: 116-117). Los estudiantes rotaban en el primer semestre por el Barrio Ricaurte y al final de carrera por Patio Bonito y Britalia. Al respecto, el propio decano manifestaba que,

[...] es de anotar el éxito que tuvieron los programas de Britalia y Patio Bonito en foros dentro y fuera del país [...] además del fortalecimiento de la enseñanza de la medicina clásica, es este el mayor y más importante aporte que se puede mostrar en estos últimos años, cuyos beneficiarios son básicamente los estudiantes; estos programas fueron difíciles de instaurar porque la educación biológica, que habían tenido hasta ese momento los alumnos, lo dificultaba. (Ucrós Cuéllar, 1996: 117)

Para complementar esa formación, se firmó un convenio docente-asistencial con la Secretaría de Salud del Distrito, cuya negociación duró más de dos años, en el cual se le adjudicó a la Facultad gran parte del área suroccidental de la ciudad (la llamada Regional 5), incluyendo “un hospital de tercer nivel, el de Kennedy; uno de segundo nivel, el de Fontibón; con muchos puestos de salud; esto fue fruto de la política conjunta de la descentralización de la salud y de la decanatura para ampliar las posibilidades docentes a los tres niveles de atención en salud, incorporados por el Ministerio Salud al Sistema Nacional de Salud, para el beneficio de los estudiantes de pre y postgrado” (Ucrós Cuéllar, 1996: 118), y en el marco de la descentralización del Sistema Nacional de Salud, ordenada por la Ley 10 de 1990.

Este comentario del decano deja ver que la Facultad estaba comenzando a adecuarse a la estructura del Sistema Nacional de Salud, reorganizado en tres niveles de atención: primario, secundario y terciario, con sus correspondientes instituciones (centros y puestos de salud en el nivel primario; hospitales locales y regionales o de segundo nivel; y hospitales universitarios en el tercer nivel).

## **La nueva reforma de COLCIENCIAS y la reorganización del Sistema Nacional de Ciencia y Tecnología**

Mientras esto ocurría en la Facultad, una nueva reforma gubernamental se estaba discutiendo. En efecto, en 1989, bajo la dirección de Pedro José Amaya Pulido (1986-1990), COLCIENCIAS seguía siendo una institución viable, visible y respetada en el entorno nacional e internacional. Sin embargo, en ese momento esa institución estaba sumida en serias restricciones presupuestales, pues se había terminado ya el primer crédito BID y el Estado no tenía dinero suficiente para seguir financiando la investigación en ciencia y tecnología (Plata, 2013: 92). Además, su orientación conceptual en relación con el lugar que la ciencia y la tecnología debían ocupar en la sociedad seguía ligada a la idea de que estas eran la base fundamental para el desarrollo nacional y local: si se desarrollaban la ciencia y la tecnología, automáticamente vendrían el desarrollo económico y social del país. Dicha posición teórica era consistente con el modelo desarrollista de la Alianza para el Progreso y del Estado de Bienestar, que desde los setenta había comenzado ya a entrar en crisis. Pero, a finales del gobierno del presidente Barco, cuando ya el país se estaba definitivamente preparando para insertarse en el proceso de la globalización económica mundial, como parte del afanzamiento del modelo neoliberal en el país, esa concepción de la ciencia y la tecnología comenzaba a parecer caduca entre muchos de los círculos intelectuales y políticos nacionales (Quevedo, 2011).

Para superar esta situación, desde 1989 se venía generando en el país un movimiento en torno a la ciencia y la tecnología, que confluyó en la expedición de la Ley 29, del 27 de enero de 1990. Esta ley y sus decretos reglamentarios redefinieron el rol de la ciencia y la tecnología en el país, regularon las formas de asociación y contratación para realizar actividades científicas y tecnológicas, recrearon el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CNCyT) y reorganizaron a COLCIENCIAS modificando su naturaleza jurídica, dejando esta de ser un fondo para convertirse en el Instituto Colombiano para el Desarrollo de la Ciencia y la Tecnología (COLCIENCIAS), trasladando su adscripción institucional desde el Ministerio de Educación hacia la Dirección Nacional de Planeación (DNP) y constituyéndola como la Secretaría Técnica y Administrativa del Sistema. Con estos cambios, el Estado le apostó en serio a la puesta en marcha del Triángulo de Sábato

(gobierno-academia-industria): el gobierno desde el DNP y, a través de COLCIENCIAS y el CNCyT, coordinaría el proceso de articulación entre los otros dos sectores, el productivo y el académico, propiciando la apertura de nuevos espacios de interacción.

En este contexto, una vez posesionado el presidente César Gaviria Trujillo, nombró al ingeniero y economista Clemente Forero Pineda<sup>32</sup> como nuevo director de COLCIENCIAS. Este nombramiento surgió en el momento en que comenzaban a alistarse las comisiones y subcomisiones preparatorias para la Asamblea Nacional Constituyente y la Subcomisión de Derecho a la Educación, Fomento a la Cultura, la Ciencia y la Tecnología, presidida por el propio Clemente Forero, y que hacía parte de la Comisión de Derechos Humanos, comenzaba ya a expresar una nueva actitud hacia la ciencia y la tecnología.

En su Exposición de Motivos planteaba que “[...] los procesos económicos, políticos y sociales contemporáneos tienden a estar asociados cada vez más con cambios en la cultura inducidos por el desarrollo de la ciencia, la tecnología y el arte, [...] nuestra época está signada por una internacionalización económica y cultural que conduce hacia una comunidad de naciones basada en el conocimiento y la creación cultural” (Comisión Preparatoria. Asamblea Nacional Constituyente. Comisión de Derechos Humanos, 1990: 14).

Para dicha Subcomisión esto significaba que el país debería apropiarse “[...] de los bienes y valores de la cultura universal e incorporarlos en nuestro proyecto nacional [el cual] converge con el de una humanidad que busca realizar sus ideales a través de la democracia y el creciente intercambio económico y cultural entre naciones y grupos de naciones”. Y, esto, porque “[...] la diversidad cultural, junto con la diversidad biológica, tienden a convertirse en el principal patrimonio de la humanidad”

---

<sup>32</sup> Forero Pineda se había formado en Ingeniería Civil en el Instituto Nacional de Ciencias Aplicadas de Lyon, Francia, en 1968; tenía tres grados de magíster, uno en Ingeniería Económica de Sistemas, otro en Planeación, y otro en Economía, obtenidos en la Universidad de Stanford, Palo Alto, Estados Unidos. Igualmente, poseía un título de Ph.D. en Economía, en la misma Universidad, todos ellos obtenidos entre 1969 y 1976. Antes de su nombramiento, Forero había sido decano de la Facultad de Economía de la Universidad Nacional de Colombia y director del Centro de Investigaciones para el Desarrollo, el cual había sido fundado por Lauchlin Currie, en 1962.

(Comisión Preparatoria. Asamblea Nacional Constituyente. Comisión de Derechos Humanos, 1990: 15).

En este contexto, el presidente Gaviria, al inaugurar el seminario *Ciencia y Tecnología para una Sociedad Abierta*, realizado por COLCIENCIAS en 1991, presentó la propuesta de reformar esa institución, dejando claro que se trataba de estimular la investigación e integrar el saber científico y tecnológico a las actividades económicas del país (Gaviria Trujillo, 1991). Esto, según Clemente Forero, con el fin de desencadenar las potencialidades nacionales para la creación y la innovación, y consolidar un cambio cultural consistente en “incorporar los valores del conocimiento a la vida cotidiana de los colombianos” (Forero Pineda, 1991b: XI).

Según Juan José Plata, este Seminario marcó el comienzo de la administración de Clemente Forero y en él se discutieron los nuevos lineamientos de política científica y tecnológica para el país “con un espíritu participativo y crítico”. Allí se debatieron los pormenores relacionados con la forma como se aplicarían la Ley 29 de 1990 y sus decretos y con la manera como se reorganizarían los programas nacionales de investigación (Plata, 2013: 92).

De acuerdo con estos lineamientos, el Sistema Nacional de Ciencia y Tecnología se conformó inicialmente por ocho grandes programas nacionales movilizados<sup>33</sup> de la actividad científica y tecnológica, coordinados por COLCIENCIAS y el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología y orientados hacia un contexto de apertura y globalización económica y social (Forero Pineda, 1991b: XIII). Uno de los elementos centrales de esta nueva política fue el del apoyo directo, económico y técnico a los grupos de investigación<sup>34</sup>, apoyo que antes se les daba a las instituciones

---

<sup>33</sup> Estos programas nacionales fueron el de Ciencias Básicas; el de Ciencias Sociales y Humanas; el de Desarrollo Tecnológico, Industrial y Calidad; el de Ciencias y Tecnologías Agropecuarias; el de Ciencias del Medio Ambiente y el Hábitat; el de Estudios Científicos de la Educación; el de Ciencia y Tecnología de la Salud; y el de Ciencias del Mar (Forero Pineda, 1991b: XIII). Posteriormente, en 1992, se crearon otros tres Programas Nacionales: el de Investigaciones en Energía y Minería; el de Electrónica, Telecomunicaciones e Informática; y el de Biotecnología.

<sup>34</sup> En el documento del Programa Nacional de Ciencias Básicas, incluido en el mismo libro *Convocatoria a la Creatividad*, se explicitaba, como uno de los fundamentos teóricos de dicha política, que “[...] los grupos de investigación se autorregulan con el

a las cuales pertenecían los investigadores y sus grupos. Lo que venía ocurriendo era que las instituciones recibían los dineros para la investigación y los invertían en otras actividades que consideraban prioritarias y, por lo tanto, el impulso a la investigación se veía frenado (República de Colombia. Instituto Colombiano para el Desarrollo de la Ciencia y la Tecnología, 1992: 11).

Otro elemento importante de la política fue el estímulo a la carrera de los investigadores: se creó un programa de bonificaciones no constitutivas de sueldo, con las cuales COLCIENCIAS premiaba los logros alcanzados por los diferentes investigadores a partir de un escalafón que se creó para clasificarlos según su producción y su experiencia. Esto estimuló “el vehículo por excelencia de la relación y comunicación de la relación y comunicación entre científicos [...] las publicaciones especializadas”. En este período el investigador pasó de presentar un informe final de investigación a la publicación en revistas especializadas, proceso en el que ayudó COLCIENCIAS para mejorar la calidad editorial de las publicaciones científicas en el país. Así mismo, se estimuló la interacción y vínculo de los investigadores nacionales con los investigadores colombianos residentes en el exterior y, especialmente, con aquellos que estaban realizando programas de doctorado en otros países. Para esto COLCIENCIAS creó la llamada Red Caldas, aprovechando el nuevo y recién instalado servicio de internet en Colombia (Plata, 2013: 94-96).

La conciencia de este cambio estuvo marcada por un “revolcón”, término muy utilizado durante la administración de César Gaviria Trujillo: Clemente Forero renovó por completo el equipo de dirección de COLCIENCIAS y buscó la participación de investigadores reconocidos en cada uno de los ámbitos científicos para que dirigieran y orientaran los programas nacionales de investigación. Estos investigadores, convertidos

---

fin de garantizar la calidad de la investigación mediante el régimen de competencia, clasificación de papeles (roles) y categorías profesionales, criterios de arbitraje de conflictos, meritocracia, etc.” (República de Colombia. Instituto Colombiano para el Desarrollo de la Ciencia y la Tecnología, 1992: 31). Todo esto implicaba la idea de que los grupos de investigación se validaban por la confrontación o sometimiento de sus estrategias a la prueba de la competencia y la sanción por grupos y escuelas ya consagrados, es decir, por medio de la evaluación de sus resultados por pares académicos.

en nuevos políticos de la ciencia y la tecnología, construyeron dichos programas con la participación activa de los diferentes estamentos de la sociedad. Complementariamente, se organizó una dirección colegiada de los programas con la creación de un Consejo de Programa para cada uno de ellos como representación del CNCyT (Plata, 2013: 94).

Esta política favoreció el crecimiento y desarrollo de los grupos de investigación, pues la concepción general de la actividad científica y de la investigación apoyada por la reforma era funcional al modelo de apertura económica. Dicha política estaba basada en una sociología de la ciencia, de carácter positivista y funcionalista, originada en los trabajos de Robert K. Merton (Merton, 1977) y Dereck J. De Solla Price (De Solla Price, 1973) y, a su vez, apoyada en la sociología funcionalista de Talcott Parsons. Para este enfoque, las relaciones entre los grupos de investigación se concebían como asépticas y como si se moviesen solo por el deseo de colaboración y el altruismo entre ellos, por la sana competencia y la tendencia de los científicos a la meritocracia (Quevedo V., 1997: 22).

Pero vale la pena anotar que esta sociología de la ciencia ya estaba comenzando a pasar de moda en los grandes centros de investigación sobre ciencia, tecnología y sociedad europeos, en los cuales empezaba a hablarse de una Sociología del Conocimiento que, apoyándose en una sociología del conflicto y no del equilibrio y en un racionalismo relativista, diera cuenta de los procesos sociales de construcción del saber científico y entendiera a la ciencia como una actividad social y no simplemente como un cuerpo de saberes y de métodos. Se pretendía superar así las limitaciones del funcionalismo sociológico, para comprender a cabalidad la actividad científica y la innovación como resultados de procesos de poder y lucha entre distintos intereses sociales, económicos, políticos, militares y culturales<sup>35</sup>.

---

<sup>35</sup> Uno de los movimientos más fuertes en la Sociología del Conocimiento en ese momento era el del llamado Programa Fuerte de Sociología del Conocimiento que venía funcionando en la Universidad de Edimburgo, en Gran Bretaña desde la década del ochenta y en torno al cual se había comenzado a organizar un movimiento académico internacional en lo que comenzó a llamarse “Estudios Sociales de la Ciencia”, que para 1983 había publicado ya un volumen muy importante sobre el tema titulado *Science Observed. Perspectives on the Social Studies of Science* (Knorr-Cetina & Mulkay, 1983). Hacían parte de este grupo investigadores británicos (como Michael Mulkay, Barry Barnes, David Bloor, Harry Collins, Steve Woolgar), norteamericanos (como Karin Knorr-Cetina, Daryl E. Chubin,

En ese sentido, Luis Carlos Arboleda Aparicio, matemático y doctor en la Enseñanza e Historia de las Matemáticas, y Emilio Quevedo Vélez, ambos miembros del nuevo cuerpo directivo de académicos de COLCIENCIAS y que habían comenzado a adentrarse en la Sociología del Conocimiento y los Estudios Sociales de las Ciencias, crearon un Seminario Interno Permanente de discusión entre los jefes de los Programas Nacionales sobre el rol que deberían desempeñar la Historia Social de la Ciencia y los Estudios Sociales de Ciencias y las Tecnologías en la definición y la formulación de la política científica del país (Quevedo V., 2011: 19-20). Según Juan Plata, a pesar de que el grueso de los jefes de Programa, todos ellos científicos en su ramo, estaban más ligados a la versión internalista, cientifista y positivista de la ciencia, con este Seminario “los espacios de debate y discusión pública de los asuntos de política científica y tecnológica se [volvieron] la tónica recurrente” en el seno de la Institución (Plata, 2013: 94).

### ***El Programa de Ciencia y Tecnología de la Salud de COLCIENCIAS***

A partir de esta reforma de COLCIENCIAS y de la creación del Sistema Nacional de Ciencia y Tecnología, el Programa de Ciencia y Tecnología de la Salud se convirtió en el instrumento clave para impulsar una política de investigación y de desarrollo tecnológico en el campo de las ciencias y de las profesiones de la salud. Después de la reestructuración de 1983, el Programa de Investigación en Salud había quedado incluido en la llamada División de Desarrollo Social, junto con los programas de investigación en Ciencias Sociales y en Educación.

Durante el gobierno de César Gaviria, Clemente Forero, en su calidad de director de COLCIENCIAS y con la intermediación del subdirector de Programas de Investigación, el químico José Luis Villaveces, hizo llamar al profesor Emilio Quevedo, en junio de 1991, para ofrecerle el cargo de jefe de la División de Desarrollo Social, con la misión de organizar tres Programas y prepararlos para su transformación en Programas movilizados independientes. De esta manera, Quevedo entró a formar parte del

---

Michael Lynch, Eric Livingstone, Harold Garfinkel) y franceses (como Bruno Latour y Michel Callon) (Vessuri, 1992 [1991]).

grupo de académicos que estaba trabajando en la reforma e implementación del Sistema Nacional de Ciencia y Tecnología (Quevedo V., 2011: 16).

Quevedo no era ajeno a la Institución, pues desde mayo de 1983 y hasta diciembre de 1986 había participado como investigador del proyecto Historia Social de la Ciencia en Colombia, ejecutado por COLCIENCIAS y financiado en cooperación con la OEA (Quevedo V., 1993a: 15-16). Luego, en 1986, había sido nombrado asesor del Programa Nacional de Investigación en Salud de COLCIENCIAS, cargo en el que se desempeñó hasta octubre 1988 (Quevedo V., 2011; Quevedo V., Durán de Pardo & Mesa, 1986). Pero el 3 de mayo de 1991 había sido llamado nuevamente por COLCIENCIAS para que dirigiera el Proyecto Proceso sociopolítico y salud en Colombia: 1958-1992, en el marco del Programa COLCIENCIAS/OPS, que él mismo había gestionado antes de retirarse como asesor del Programa de Salud.

No obstante, ante la propuesta de Clemente Forero, en julio de ese año, tuvo que abandonar la dirección de ese Proyecto para poder vincularse, por medio de un convenio de cooperación entre COLCIENCIAS y las Escuela Colombiana de Medicina, como director de la División de Desarrollo Social de COLCIENCIAS. Mario Hernández Álvarez, ya como profesor e investigador de la Escuela Colombiana de Medicina, heredó la dirección del Proyecto de COLCIENCIAS/OPS, y Quevedo continuó como asesor del proyecto hasta su terminación, el 1.º de diciembre de 1994 (Quevedo V., 2011: 11-14).

Los primeros seis meses (segundo semestre de 1991), con la colaboración de María Cristina Durán de Pardo, Quevedo se dedicó a organizar, revisar y supervisar todos los proyectos que estaban en curso en la División (Quevedo V., 2011: 16). Mientras tanto, el director de COLCIENCIAS contrató al sociólogo, recién llegado de Polonia, Francisco Gutiérrez Sanín, y a la educadora Juana Inés Díaz Tafur, para que apoyaran a Quevedo en ese trabajo y tomaran los proyectos del Programa de Ciencias Sociales y del de Educación, respectivamente, mientras él trabajaba en los de Salud. El resto del tiempo de ese semestre, todo el equipo directivo y de jefes de Programa se dedicó a la construcción del Sistema Nacional de Ciencia y Tecnología (Quevedo V., 2011: 18-20).

Una vez puesta en orden la casa, estructurado el Sistema y aprobada y publicada la Ley de Ciencia y Tecnología, en abril de 1991 (República de

Colombia. Instituto Colombiano para el Desarrollo de la Ciencia y la Tecnología, 1991), al comenzar el año de 1992, se reorganizaron los Programas Nacionales. Como resultado de ese proceso, se separaron los tres Programas de la División de Desarrollo Social, la cual desapareció. Así, Quevedo, renunció a la Escuela Colombiana de Medicina y se pasó definitivamente a trabajar como funcionario de planta de COLCIENCIAS, posesionándose como jefe del programa de Ciencia y Tecnología de la Salud. Gutiérrez pasó entonces a ser el jefe del de Ciencias Sociales, Díaz del de Educación, Durán pasó al Programa de Medio Ambiente y Hábitat y Mario Hernández entró a apoyar el Programa de Salud (Quevedo V., 2011: 20-21).

El Programa de Ciencia y Tecnología de la Salud fue el primero en iniciar su transformación, en parte, porque ya tenía unas líneas básicas previamente trazadas por Quevedo en el Programa Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico en Salud, publicado en 1986, que sirvieron de plantilla para estructurar el nuevo Programa. Pero también porque con su proceso de creación y formulación inauguró un estilo de hacer política científica que sirvió de modelo para todos los demás programas, pues partió de dos premisas fundamentales.

La primera fue la conciencia de que este debería tener dos componentes, el de la recepción de propuestas de investigación por oferta de los investigadores y el de la formulación de convocatorias específicas temáticas para la investigación, por demanda de las necesidades institucionales gubernamentales. El primer componente garantizaba el reconocimiento y el respeto a las estrategias cognitivas y a las tradiciones investigativas de los académicos y los grupos existentes en el país, permitiéndoles presentar las propuestas en sus temáticas específicas. El segundo aseguraba la posibilidad de abordar la investigación de problemas prioritarios y pertinentes relacionados con la salud del pueblo colombiano, a partir de convocatorias presentadas por las instituciones sanitarias (Quevedo V. 1993b: 9-12; Quevedo V., 2011: 25-28).

La segunda premisa fue la de inaugurar una nueva forma de hacer política para la ciencia y la tecnología, compatible con la democracia participativa que proponía la Constitución de 1991. Hasta ese momento, era tradicional que las políticas públicas las diseñara un funcionario desde su escritorio. Lo que se inauguró fue la construcción de una política partiendo

de los intereses del público, es decir, una política construida “desde abajo hacia arriba” (Quevedo V., 1993b: 9-12; Quevedo V., 2011: 25-28).

Así, se diseñó la siguiente estrategia: en primer lugar, el Programa contrató a cuatro asesores que deberían elaborar sendos documentos de propuestas de política de investigación en ciencia y tecnología de la salud<sup>36</sup>; en segundo lugar, se contactaron los 120 académicos que habían presentado proyectos de investigación en salud a COLCIENCIAS desde su fundación; en tercer lugar, se les envió a todos por escrito una convocatoria para participar en el proceso de diseño de la política de investigación que el Programa pondría en marcha, a la cual aceptaron 80 de ellos; en cuarto lugar, se realizaron unos talleres de trabajo en las diferentes regiones del país, en los que se discutieron con los investigadores los cuatro documentos realizados por los asesores y el documento de convocatoria elaborado por el Programa y se realizaron propuestas de modificación y complementación. Una vez terminados estos talleres, el Programa organizó un gran simposio nacional, al que se invitaron los ochenta investigadores, los cuatro asesores, dos asesores internacionales, el grupo directivo de COLCIENCIAS, los miembros del Consejo Nacional del Programa de Ciencia y Tecnología de la Salud, los funcionarios de investigación del Ministerio de Salud<sup>37</sup> y algunos científicos colombianos destacados residentes en el exterior, para recoger todas las sugerencias y redactar el plan definitivo del Programa, que fue después consolidado con todos estos insumos por una comisión escogida en el Simposio y coordinada por el Programa (Quevedo V., 1993c; Quevedo V., 2011: 25-28).

---

<sup>36</sup> El primer documento, encargado al químico y Ph.D. en Bioquímica Moisés Wasserman Lerner, para que presentara una visión general del programa que tuviera en cuenta los dos componentes (el de demanda y el de oferta) de la primera premisa, y que planteara los mecanismos generales para llevarlo a cabo; el segundo, contratado con el médico y magíster en Microbiología Médica Luís Fernando García Moreno, que planteara las necesidades de la investigación biomédica y clínica; el tercero, encargado al médico, especialista en Epidemiología y magíster en Salud Pública Germán González Echeverry, para que planteara las posibilidades de la investigación en servicios de salud; y, el cuarto, a cargo de la socióloga Elsy Bonilla Castro, para que desarrollara lo relacionado con investigación en salud desde las ciencias sociales y humanas.

<sup>37</sup> Para ese momento, el ministro de Salud era el historiador, político y economista Camilo González Posso, miembro fundador de la Alianza Democrática M-19.

Como contaba Clemente Forero, este fue

[...] uno de los más ricos experimentos de planeación participativa que se haya realizado en Colombia y, en tal sentido, una valiosa contribución de la comunidad científica colombiana a la construcción de nuevas formas de interacción entre los ciudadanos. [...] La comunidad en gestación se sorprendió ante la disposición al concierto de las voluntades de sus miembros alrededor de los criterios y estrategias globales. Los diagnósticos generales se compartían. Pero la diversidad de los puntos de vista y de las propuestas adelantadas, le daba vida y movimiento a la faena planificadora (Forero Pineda, 1993: IX)

Los resultados de este proceso se publicaron en el libro *Salud para la calidad de la vida: bases para un plan del Programa Nacional de Ciencias y Tecnologías de la Salud*, texto que fue publicado en septiembre de 1993, que sirvió de bitácora para el desarrollo futuro de la investigación en salud en el país (Quevedo V., 1993c; Quevedo V., 2011: 25-28).

Esta experiencia sirvió de ejemplo para poner en marcha los demás programas nacionales de manera participativa. Se promovió así la discusión y el debate amplio nacional que concluyó con otros nueve simposios nacionales que terminaron constituyendo los lineamientos “para orientar la construcción de los programas nacionales. [...] Solo en el programa de Ciencias y Tecnologías del Mar no se realizó dicho simposio, pues esta comunidad ya [...] había institucionalizado sus seminarios y formas organizativas [...] que se ajustaban al nuevo contexto” (Plata, 2013: 94).

### **El Comité Curricular y el seguimiento sistemático de la Facultad**

Durante la decanatura de Antonio Ucrós Cuéllar se estableció también una reunión trimestral con los profesores para evaluar a cada uno de los estudiantes. Así mismo, el decano se reunía con los estudiantes para evaluar a cada uno de los profesores. De esta manera, muchas veces, aunque no siempre se pudo hacer, fue posible corregir defectos detectados a partir de las discusiones en los dos tipos de reuniones (Ucrós Cuéllar, 1996: 117).

En lo referente al pregrado, debido al espacio físico reducido en los locales del Hospital dedicados a la docencia y, especialmente, en lo relacionado con los laboratorios de ciencias básicas, así como con el área de Bienestar Estudiantil, se llegó a un acuerdo “con la Asociación de Padres de Familia para la construcción de una torre [en el parqueadero del Hospital de San José, que estuviera dedicada a] las ciencias básicas, la administración, aulas, laboratorios y recreación”. Los padres de familia pusieron un gran empeño para este programa, “a pesar del desgano que para su proyecto encontraron en el seno de la Universidad y en el de la Sociedad de Cirugía” (Ucrós Cuéllar, 1996: 117).

Dentro de los cambios curriculares y para completar la lista de exigencias que había solicitado el ICFES para la aprobación de 1988 y que quedaban pendientes, en 1990 se realizó un curso de docencia universitaria para todos los docentes de la Facultad y, al año siguiente, un curso de docencia para los profesores del Hospital Infantil (Astaiza, 1996: 335). De la mano con esto, se establecieron los bloques de bioética propuestos por ASCOFAME (Ucrós Cuéllar, 1996: 118).

Así mismo, se llevó a cabo un análisis exploratorio de los planes de estudio de todos los semestres, el cual fue realizado por los coordinadores académico-administrativos. Después de que el Comité de Currículo estudió estos informes, y “una vez detectado el balance de fortalezas y debilidades en cada semestre, se procedió a llevar a cabo el ajuste adecuado en los casos urgentes, o a reunir información necesaria para [continuar un] estudio más profundo” (Astaiza, 1996: 335-336).

En consecuencia, se realizaron nuevos ajustes curriculares en diferentes semestres, así:

- Primer semestre: histología básica y cátedra rosarista.
- Tercer semestre: informática.
- Cuarto semestre: informática y holoética.
- Séptimo semestre: psicología del desarrollo y genética médica, [que amplió sus horas de enseñanza].
- Décimo semestre: gestión hospitalaria. (Astaiza, 1996: 335)

En relación con estas modificaciones curriculares, es evidente el trabajo continuo del Comité Curricular para revisar periódicamente cada una de las áreas y de los planes de estudio de cada área y de cada semestre<sup>38</sup>, así como la constante búsqueda de definición, consenso y coherencia sobre el perfil del egresado de la Facultad de Medicina de la Universidad del Rosario. De esta manera, y después de la revisión de todos los informes presentados, se elaboró un nuevo plan de estudios que entraría en vigencia desde julio de 1993<sup>39</sup>, el cual se presenta en las tablas 2-12.

**Tabla 2. Plan de estudios. Primer semestre**

Biología	Teoría Laboratorio Profesor	4 horas/semana 2 horas/semana Dr. Fabio Rodríguez
Biofísica	Teoría Profesor Laboratorio Profesor	3 horas/semana Dr. Ramón Fayad 2 horas/semana Dra. Angélica Cañón
Bioquímica	Teoría Profesor Laboratorio Profesor	5 horas/semana Dr. German de la Torre 3 horas/semana Dra. Celmira Garavito
Introducción a la Medicina	Teoría Laboratorio Profesor	3 horas/semana 4 horas/semana Dr. Ricardo Araque
Inglés	Teoría Profesor	3 horas/semana Dra. Norma García
Histología Básica	Teoría Laboratorio Profesor	3 horas/semana 3 horas/semana Dr. Ciro Casadiego
	Total	35 horas a la semana

Coordinador administrativo: Dr. German de la Torre.

<sup>38</sup> Parece importante resaltar, así como se menciona en los documentos de acreditación de 1994, que las reuniones del Comité Curricular, creado en 1988, desde ese momento y hasta 1990, fueron poco frecuentes, pero desde 1991 se establecieron nuevos lineamientos de funcionamiento, incluyendo la decisión de reunirse dos veces por mes (Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, 1995: 11). Esto se refleja en la instalación de este Comité, que se realizó en abril de 1991, así como en la definición de miembros, funciones y metas de este. Acta n.º 1 del Comité Curricular del 15 de abril de 1991: 1-2 y anexos.

<sup>39</sup> Acta n.º 2 del Comité Curricular de 1993: 1.

**Tabla 3. Plan de estudios. Segundo semestre**

Morfología I	Teoría Laboratorio Profesor	12 horas/semana 9 horas/semana Dr. Ciro Casadiego
Fisiología I	Teoría Laboratorio Profesor	6 horas/semana 2 horas/semana Dr. Héctor Bernal
Bioquímica II	Teoría Profesor Laboratorio Profesor	3 horas/semana Dr. Ernesto Barbosa 3 horas/semana Dra. Celmira Garavito
Psicología General	Teoría Profesor	2 horas/semana Dr. Ricardo Yamin
Inglés	Teoría Profesor	2 horas/semana Dra. Norma García
	Total	39 horas semanales

Coordinador administrativo: Dr. Ciro Casadiego.

**Tabla 4. Plan de estudios. Tercer semestre**

Fisiología II	Teoría Laboratorio Profesor	6 horas/semana 2 horas/semana Dr. Héctor Bernal
Bioquímica III	Teoría Profesor Laboratorio Profesor	2 horas/semana Dr. Ernesto Barbosa 3 horas/semana Dra. Celmira Garavito
Morfología. Comprende: Histología y Anatomía	Teoría Laboratorio Profesor	12 horas/semana 7 horas/semana Dr. Ciro Casadiego
Bioestadística	Teoría Profesor	2 horas/semanales Dr. Humberto Reynales
Historia de la Medicina	Teoría Profesor	2 horas/semana Dr. Juan Mendoza
Inglés	Teoría Profesor	2 horas/semana Dra. Norma García
Psicología Médica	Teoría Profesor	2 horas/semana Dr. Ricardo Yamin
Inmunología	Teoría Profesor	4 horas/semana Dr. Hebert Siachoque

Informática	Teoría Profesor	2 horas/semana Dr. Hernando Duque
	Total	45 horas semanales

Coordinador administrativo: Dra. Celmira Garavito de A.

**Tabla 5. Plan de estudios. Cuarto semestre**

Patología	Teoría Laboratorio Profesor	8 horas/semana 8 horas/semana Dr. Darío Cadena
Microbiología Médica (Parasitología)	Teoría Laboratorio Profesor	7 horas/semana 13 horas/semana Dr. German Ramírez y Dr. Enrique Arciniegas
Informática	Teoría Profesor	4 horas/semana Dr. Hernando Duque
Epidemiología	Teoría Profesor	1 hora/semana Dr. Humberto Reynales
Inglés	Teoría Profesor	2 horas/semana Dra. Norma García
	Total	43 horas semanales

Coordinador administrativo: Dr. Darío Cadena Rey.

**Tabla 6. Plan de estudios. Quinto semestre**

Medicina interna I	Teoría Laboratorio Profesor	10 horas/semana 30 horas/semana Dr. Hernando Altahona
Farmacología	Teoría Profesor	5 horas/semana Dr. Jairo Bonilla
Historia de la medicina	Teoría Profesor	1 hora/semana Dr. Juan Mendoza Vega
Medicina Preventiva y Salud Pública I. Incluye: Saneamiento, Demografía y Salud Ocupacional.	Teoría Profesor	4 horas/semana Dr. Leonardo Briceño
Psicopatología	Teoría Profesor	2 horas/semana Dr. Ricardo Yamín
	Total	50 horas semanales

Coordinador administrativo: Dr. Hernando Altahona.

**Tabla 7. Plan de estudios. Sexto semestre**

Medicina Interna II. Incluye rotaciones por: - Cardiología - Neurología - Dermatología - Nefrología - Endocrinología - Pabellones - Terapéutica - Toxicología	Teoría Laboratorio Profesor	14 horas/semana 40 horas/semana Dr. Hernando Altahona
Semiología Psiquiátrica	Teoría Laboratorio Profesor	2 horas/semana 1 hora/semana Dr. Ricardo Yamín
	Total	57 horas semanales

Coordinador académico-administrativo: Dr. Francisco Barreto.

**Tabla 8. Plan de estudios. Séptimo semestre**

Pediatría	Teoría Laboratorio Profesor	15 horas/semana 80 horas/semana Dr. Gonzalo Franco
Psicología del Desarrollo	Teoría Profesor	3 horas/semana Dr. Ricardo Yamín
Genética Médica	Teoría Profesor	2 horas/semana Dr. Carlos Martín Restrepo
	Total	100 horas semanales

Coordinador académico-administrativo: Dr. Gonzalo Franco.

**Tabla 9. Plan de estudios. Octavo semestre**

Cirugía General. Incluye rotaciones por: - Cirugía general - Oftalmología - Ortopedia - Otorrino - Cirugía pediátrica - Anestesia	Teoría Práctica Profesor	10 horas/semana 60 horas/semana Dr. Esteban Díaz-Granados
	Total	70 horas semanales

Coordinador académico-administrativo: Dr. Roberto Jaramillo.

**Tabla 10. Plan de estudios. Noveno semestre**

Gineco-obstetricia	Teoría Práctica Profesor	10 horas/semana 60 horas/semana Dr. Jorge Gómez
Urología	Teoría Práctica Profesor	3 horas/semana 25 horas/semana Dr. Luis A. Blanco
	Total	98 horas semanales

Coordinador académico-administrativo: Dr. Jorge Gómez Cusnir.

**Tabla 11. Plan de estudios. Décimo semestre**

Psiquiatría	Teoría Práctica Profesor	10 horas/semana 50 horas/semana Dr. Ricardo Yamin
Medicina Legal	Teoría Laboratorio Profesor	4 horas/semana 4 horas/semana Dr. Ricardo Mora
Medicina Preventiva y Salud Pública	Teoría Práctica Profesor	2 horas/semana 6 horas/semana Dra. Catalina Latorre
Ética Profesional	Teoría Profesor	4 hora/semana Dr. Juan Mendoza Vega
Gerencia en salud	Teoría	4 horas/semana
	Total	84 horas semanales

Coordinador administrativo: Dr. Arturo Valencia. (Tomado de Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, 1995: 48-54).

Con respecto al internado y las especialidades médico-quirúrgicas, se firmó un contrato con la Gobernación de Arauca para cubrir plazas rurales por parte de internos y residentes de la Facultad en Tame y en Saravena, Arauca. Se firmó un convenio con la Cruz Roja para atender el dispensario Adriano Perdomo en Bogotá, se establecieron programas de posgrado en Gastroenterología y Urología en el Hospital de La Samaritana (Ucrós Cuéllar, 1996: 118).

## **Nueva crisis de las relaciones entre la Universidad y la Sociedad de Cirugía de Bogotá**

Mientras COLCIENCIAS terminaba de consolidar su reforma, durante la decanatura de Ucrós Cuéllar, en 1991, se eligió una nueva Consiliatura de la Universidad, compuesta por Guillermo Salah Zuleta (abogado), Fernando Suescún Mutis (economista), Fabio Suescún Mutis (obispo), Luis Eduardo Puerto Ramírez (administrador) y Fernando Guzmán Mora (médico rosarista). En esa coyuntura, el recién elegido rector Gustavo de Greiff (1990-1992) nombró a Fernando Guzmán como su representante en el Consejo Directivo de la Facultad de Medicina, en mayo de 1991, bajo la premisa de que era necesaria “una participación más efectiva del Colegio en su propia Facultad”. En el transcurso de este año, los estudiantes de Medicina manifestaron su interés en participar en el Consejo Directivo y demandaron la capacitación de sus docentes en investigación, así como una reestructuración que implicaba exigir a los docentes asistir y cumplir con sus responsabilidades (Guzmán Mora, 1997: 34).

Al enterarse de esto, el rector de Greiff solicitó un informe sobre el estado real de la Facultad. Para esto, se realizó una encuesta de una muestra equivalente al 10 % de la población estudiantil, que arrojó los siguientes resultados:

1. 72 % calificaron el rendimiento académico de los estudiantes como regular o malo.
2. 70 % dijeron que la docencia era regular o mala.
3. 58 % opinaron que el futuro de la Facultad era regular o malo.

Dada la gravedad de la situación, tanto la Rectoría como la Consiliatura se propusieron estar más pendientes de la Facultad en sus reuniones y decisiones (Guzmán Mora, 1997: 34-35). Pero, paradójicamente, en ese mismo año de 1991, la Universidad nombró al decano Ucrós Cuéllar como profesor honorario de la Facultad de Medicina.

En abril de 1992, se produjo la renuncia a la Rectoría de Gustavo de Greiff, al ser nombrado primer fiscal general de la Nación. Como consecuencia, Guillermo Salah Zuleta asumió la rectoría en calidad de

encargado y, al analizar la situación crítica que se estaba presentando en la Facultad de Medicina, informó a la Consiliatura de su interés por la integración de los estudiantes de primer semestre de Medicina con el resto de las facultades, razón por la cual sugirió que dicho primer semestre se realizara en el Claustro del Colegio Mayor, propuesta que fue aprobada por la Consiliatura. Sin embargo, el decano Ucrós se mostró en desacuerdo, ya que para él, como estaba programado desde los inicios de la Facultad, los estudiantes de Medicina deberían estar en el Hospital desde el primer momento de la carrera.

Este hecho desató una nueva crisis de la Universidad con la Sociedad de Cirugía de Bogotá, debido a que surgió una fuerte oposición de diferentes miembros del Consejo Directivo, quienes invocaron la relación contractual previa afirmando, según Fernando Guzmán Mora, que “en ninguna parte dice que la Consiliatura tenga injerencia en el gobierno de la Facultad de Medicina. Se afirma que el mando supremo de la Facultad reside en el Consejo Directivo y no en la Junta de la Sociedad de Cirugía, ni en la Consiliatura”, a lo que el rector respondió que “para la Universidad del Rosario y todos sus funcionarios las decisiones de la Honorable Consiliatura son de obligatorio cumplimiento”. Este conflicto implicó el cuestionamiento de la organización que, hasta ese momento, venía reinando en la Facultad y generó unas discrepancias y tensiones que no tuvieron solución inmediata durante los siguientes cinco años (Guzmán Mora, 1997: 35).

No se ha podido encontrar hasta el momento ningún otro documento más relacionado con las razones de esta crisis. Las actas del Consejo Directivo de la Facultad de esos años están desaparecidas.

Sin embargo, en un documento escrito por el exdecano Ucrós Cuéllar cuatro años más tarde<sup>40</sup>, titulado *Consideraciones sobre la gestión en mi decanatura y otras cosas*, dejaba entrever la polarización de la situación del momento:

---

<sup>40</sup> Este texto fue compilado en 1996 en un primer borrador sobre la historia sobre la Facultad de Medicina, elaborado por Eric Hernández Triana en compañía de Alfonso Tribín Ferro y Leonardo Palacios Sánchez, titulado *Facultad de Medicina del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario. 30 años del restablecimiento* (Hernández Triana, Tribín Ferro & Palacios Sánchez, 1996).

[...] La rectoría del doctor De Greiff transcurrió sin tropiezos. El buen entendimiento y la comunión de ideas entre directivas del Colegio, las de la Sociedad de Cirugía y las autoridades de la Facultad, permitieron que esta comenzara a retomar el lugar que había ocupado en los ámbitos de la profesión y ante la sociedad en general. Afortunadamente para el país y desgraciadamente para la Facultad, el doctor De Greiff fue nombrado fiscal de la nación. Vientos adversos y destructivos que soplaron en la Consiliatura<sup>41</sup>, no fueron suficientes para frenar el impulso que ya había tomado la facultad. La afluencia para las admisiones tanto en pre como en postgrado fueron cada vez mayores, la posición en el ICFES y en ASCOFAME fue vanguardista y los múltiples logros académicos tanto dentro como fuera del país cada vez se hicieron más frecuentes. La revista *Semana* calificó la Facultad como la segunda en importancia en el país y [...] la Universidad del Valle la califica como la más importante en el área de Bogotá. (Ucrós Cuéllar, 1996: 113)

Sin embargo, más adelante, en el mismo documento, Ucrós Cuéllar anotaba, tocando el corazón de la crisis, que

[...] Durante mi decanatura [...] por primera vez fue elaborado el presupuesto de la Facultad por una firma especializada en estos asuntos. Fue así como logró establecerse que en el ejercicio de 1992 hubo un superávit de \$30.332.566 de pesos después de haber ejecutado el presupuesto en todos sus rubros que cubrían nómina, bienestar estudiantil, capacitación de personal, compra de equipos de computación para la biblioteca, equipos de computación para Educación Médica, ayuda para asistencia a congresos nacionales e internacionales, pago a la Universidad de parte de la correspondiente deuda de la biblioteca, reparaciones locativas, etc. [Pero] el dinero de este superávit no fue puesto al servicio de la Facultad. La Universidad nunca le ha pagado a la Facultad de Medicina intereses por los dineros de las matrículas

---

<sup>41</sup> Suponemos que se está refiriendo al conflicto presentado cuando la Rectoría comunicó a la decanatura que las decisiones de la Consiliatura eran de obligatorio cumplimiento para todas las instancias de la Universidad.

que recibe dos meses antes del comienzo de cada semestre y que se van ejecutando mensualmente, hasta que al cabo de seis meses terminan de pagarse. Los rendimientos financieros calculados para el [próximo] año de 1993 por este concepto suman la cantidad de \$33.000.000 millones de pesos. [...] No se pasan balances, aunque la Universidad se comprometió a enviarlos cada tres meses (cosa que nunca se ha cumplido) por desorden o motivos desconocidos [...]. (Ucrós Cuéllar, 1996: 114-115)

Queda claro, pues, el descontento de las directivas de la Facultad ante el comportamiento financiero de la Universidad y el de la Universidad con respecto a las relaciones y las líneas de poder en el ejercicio de la toma de decisiones y las líneas de dependencia y obediencia entre las dos instancias directivas. No es difícil de suponer que fueron estas tensiones y sus consecuencias las que llevaron al decano Ucrós Cuéllar a sentirse incómodo con la situación y a presentar su renuncia a su cargo en 1992<sup>42</sup>.

## **Decanatura interina de Alfonso Tribín Ferro (1992-1994)**

Ante esta situación, el vicedecano Alfonso Tribín Ferro fue nombrado decano encargado, en 1992. En septiembre de ese mismo año, Guillermo Salah Zuleta culminó como encargado de la Rectoría y el Colegio Electoral eligió al abogado y profesor del Rosario, Mario Suárez Melo, como rector de la Universidad. El nuevo rector tenía una importante experiencia en el campo de la administración y un sentido práctico de ella. Teniendo en cuenta que las unidades académicas no contaban con una instancia administrativa que se encargara del manejo de los asuntos financieros, situación esta que había llevado a la crisis inmediatamente anterior relacionada con el manejo de los presupuestos y los superávits, uno de sus primeros actos administrativos fue modificar la estructura de las unidades académicas

---

<sup>42</sup> A merced de las gestiones del siguiente rector del Colegio, Mario Suárez Melo, y de Guillermo Rueda Montaña, a la sazón presidente de la Sociedad de Cirugía de Bogotá, estas discrepancias y tensiones llevarían más tarde, en 1997, al nacimiento de una nueva relación contractual entre las dos instituciones, mediante la cual el Colegio asumiría el manejo integral de la Facultad, como se verá más adelante.

que, hasta antes de su llegada, contaban con una vicedecanatura. Suárez Melo eliminó dicha figura y se creó el cargo de Dirección Administrativa y Financiera en cada una de ellas, la cual dependería directamente de la Sindicatura (Suárez Melo, 1996: 371). La persona designada para la Facultad de Medicina fue la administradora de Empresas Nhora Cristina Palacino Pereira (Palacios Sánchez, 2015).

Durante la decanatura interina de Tribín Ferro se iniciaron varios procesos que continuaron hasta su decanatura en propiedad. Uno de esos proyectos fue su apertura con los estudiantes y la construcción de canales directos de comunicación con ellos. Participaba en las reuniones trimestrales, donde se evaluaba el funcionamiento de los semestres y llevaba a cabo reuniones mensuales con los integrantes del Consejo y del Bienestar Estudiantil. Durante su decanatura, dio apoyo a una iniciativa surgida de los estudiantes, en particular de Carolina Echeverry, para tener una publicación periódica, titulada *Poliatría*<sup>43</sup>. El primer número de esta se publicó en enero de 1993.

Otro de estos consistió en impulsar el Comité Curricular, coordinado por José Heber Astaiza Galindo, e instaurar una reunión de gestión administrativa que se realizaba los lunes y que era denominada “entrega de turno”. Adicionalmente, era integrante de la Junta Directiva del Hospital Infantil Universitario Lorencita Villegas de Santos (Palacios Sánchez, 2017-2019). Estos proyectos se vieron empañados en parte por la continuación del conflicto entre la Universidad y la Sociedad de Cirugía de Bogotá.

---

<sup>43</sup> El término *poliatría* fue propuesto por el médico salubrista Héctor Abad Gómez, quien identificaba la Salud Pública como una actividad que se relacionaba con grupos humanos, no con individuos, diferencia fundamental respecto de la medicina clínica. Por eso, la entendía como la disciplina que prevenía y trataba enfermedades colectivas; pero proponía ampliarla hacia otra disciplina más social, más comprehensiva, que él mismo denominó originalmente *poliatría* (de *polis*, que significa ciudad-Estado e, *iatría*, que traduce estudio, tratamiento, curación) (Abad Gómez, 1987b). La poliatría implicaría una profesión totalmente nueva, multi y transdisciplinaria, que armonizaría las demás disciplinas o profesiones que habían surgido en la historia de la cultura humana: medicina, salud pública, epidemiología, antropología, sociología, psicología social, economía, política (Cabrera Arana, 217).

## **La profundización de la crisis entre la Universidad del Rosario y la Sociedad de Cirugía de Bogotá**

Durante este período de Tribín como decano encargado continuaron presentándose dificultades entre las entidades mencionadas por el manejo de la Facultad de Medicina. El diario *El Tiempo* publicó el 27 de septiembre de 1993 un artículo titulado “Crisis entre la Universidad del Rosario y el Hospital San José” en el cual un vocero de los exalumnos, cuyo nombre no se menciona, señaló: “Las posiciones han sido tan extremas que se suspendieron las inscripciones para recibir aspirantes en postgrado, mientras no se arreglen las cosas o se disuelve el contrato”.

En el mismo artículo, se puede leer un pronunciamiento público por parte de:

La asamblea general de residentes del Hospital de San José, del Hospital Infantil Lorencita Villegas de Santos, del Hospital de Occidente de Kennedy, la Asociación de Médicos Rosaristas, los internos rotatorios de los ya mencionados centros hospitalarios y los estudiantes de la facultad de medicina del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario ponen en conocimiento de la opinión pública:

1. La facultad de Medicina del Colegio Mayor del Rosario y la Sociedad de Cirugía de Bogotá, han formado, durante 28 años médicos generales y especialistas fieles a la tradición y al espíritu del Alma Mater que han servido con decoro y honestidad a la República.
2. Hasta la fecha, la unión existente entre estas dos instituciones ha sido causa eficiente de la obtención de positivos logros que demuestran la altura académica y el sentido social de una y otra: preparación de profesionales serios, eficientes, de reconocido afán de servicio y de gran prestigio en la sociedad médica colombiana, verdaderos ejecutores de los postulados hipocráticos.
3. La posibilidad de ruptura de la unión entre las dos entidades amenaza seriamente la finalidad científica, académica y asistencial que originó la unidad de trabajo entre las mismas y ha constituido el soporte básico para llevar a cabo los fines propugnados por ambas.

Los firmantes del presente comunicado, rechazamos en forma enfática y absoluta cualquier connato de división del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario y la Sociedad de Cirugía de Bogotá.

Convocamos y pedimos a la comunidad rosarista, a la comunidad médica y a las fuerzas vivas de la Nación la solidaridad para evitar que se consolide el rompimiento de la unidad que durante 28 años ha conducido al logro de los objetivos diseñados y propuestos por el Colegio Mayor y la Sociedad de Cirugía; para que en un sólo haz de voluntades procedamos con firmeza y decisión a conciliar cualquier divergencia que atente contra el mantenimiento de la unión<sup>44</sup>.

Mario Suárez Melo, a la sazón rector de la Universidad, reaccionó afirmando que “el único interés de la Universidad es fortalecer la Facultad de Medicina [...] en asocio de la Sociedad de Cirugía o de los médicos egresados que ya son más de 2.000, o en asocio de cualquier otra entidad que dé respaldo científico suficiente, continuaremos fortaleciendo la facultad”. Paralelamente, Guillermo Rueda Montaña presidente de la Sociedad de Cirugía de Bogotá, afirmó que “el contrato vigente entre las dos partes podría necesitar de una actualización, pues podría estar desueto” en algunos aspectos. Por esta razón, dicho contrato fue revisado durante la asamblea de la Sociedad de Cirugía de Bogotá, que tuvo lugar el 23 de septiembre de 1993<sup>45</sup>.

En esta reunión se llevaron a cabo una serie de actualizaciones y la situación se resolvió transitoriamente. La Facultad siguió funcionando sin dificultades hasta diciembre de 1994, momento en el que se modificó el contrato, como se verá más adelante.

## **El nacimiento del concepto de Salud Global**

Mientras el decano Tribín lidiaba con la situación de crisis relacionada con las líneas de poder y los problemas de financiamiento en discusión,

---

<sup>44</sup> Redacción *El Tiempo*. Crisis entre Universidad del Rosario y Hospital San José. Septiembre 7 de 1993. <https://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-230176>

<sup>45</sup> Idem.

entre la Universidad del Rosario y la Sociedad de Cirugía de Bogotá, en el ámbito sanitario internacional surgían nuevas concepciones. Estas fueron el resultado de varios fenómenos sanitarios que se venían presentando desde la década de los ochenta. En efecto, una nueva enfermedad había sido identificada en 1981, en Los Ángeles, y rápidamente se reportaron nuevos casos en San Francisco y en Nueva York, los cuales se presentaban en hombres jóvenes con algún tipo inmunodeficiencia. Dos años después, el investigador francés Luc Montagnier descubrió que esta era causada por un retrovirus, que terminó siendo llamado virus de inmunodeficiencia humana (VIH), y a la enfermedad se le denominó síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Esta patología comenzó a esparcirse rápidamente por todos los países del mundo de tal forma que, en 1987, la OMS se vio obligada a crear un programa de carácter mundial para enfrentarla (Cueto, 2015: 70).

Posterior al surgimiento del VIH/SIDA aparecieron nuevos brotes de enfermedades antiguas, ya teóricamente controladas, y otras nuevas emergentes tanto bacterianas como virales y parasitarias en regiones inesperadas. Este fue el caso de la epidemia de difteria en Rusia (1990), la de cólera en Perú (1991), la de fiebre amarilla en Kenia (1992), la de peste bubónica en la India (1994) y la de ébola en el Zaire, actual República Democrática del Congo (1995). Estos nuevos brotes epidémicos, unidos a la resistencia bacteriana a los antibióticos, fueron reforzando la idea de que el mundo estaba sufriendo nuevas realidades epidemiológicas. Además, el descubrimiento de que algunas formas de cáncer podrían ser atribuidas a microorganismos y que su transmisión era similar a la de las enfermedades infecciosas, llevó a abandonar la tradicional distinción entre enfermedades infecciosas y crónicas. Finalmente, el énfasis que comenzaron a poner algunos científicos norteamericanos en que estas nuevas formas de transmisión podrían ser una nueva modalidad de bioterrorismo, reforzó la necesidad de pensar la salud de manera global (Cueto, 2015: 69-70).

En 1992, apareció un nuevo libro, publicado por el Instituto de Medicina de los Estados Unidos, y coordinado por Joshua Lederberg, Robert E. Shope, y Stanley C. Oaks, que recogía el informe titulado *Infecciones emergentes. Amenazas microbianas para la salud en los Estados Unidos* y en el que se planteaba que ninguna ciudad del mundo estaba inmune a los

riesgos sanitarios globales. Una epidemia podía surgir en cualquier aldea y esparcirse rápidamente al resto del globo. Por lo tanto, se hacía énfasis en que era necesario controlar las enfermedades infecciosas, con medidas innovadoras, como la construcción de una red de vigilancia global (Lederberg, Shope & Oaks, 1992). De acuerdo con el Prefacio de dicho libro,

[...] en el contexto de las enfermedades infecciosas no existe ningún lugar en el mundo con respecto al cual uno pueda sentirse remoto ni ninguno del cual uno pueda pensar que está desconectado. En consecuencia, algunas enfermedades infecciosas que ahora afectan a la gente de otras partes del mundo representan amenazas potenciales para los Estados Unidos, debido a la interdependencia mundial, los medios de transporte modernos, el comercio global y los patrones sociales y culturales cambiantes [...]. La mayor premisa de este informe es que la anticipación y la prevención de las enfermedades infecciosas es posible, necesaria y finalmente costo-efectiva. (Lederberg, Shope & Oaks, 1992: V)

Este libro recogía el informe presentado por el Comité sobre Amenazas Microbianas Emergentes para la Salud de la División de Políticas en Ciencias de la Salud y la División de Salud Internacional del Instituto de Medicina de los Estados Unidos, presentado como resultado de lo discutido en una conferencia organizada por Stephen Morse y Joshua Lederberg, dos profesores de la Universidad de Rockefeller en Nueva York, que venían exigiendo una mayor atención política a la amenaza de las enfermedades infecciosas emergentes. Esta idea fue acogida por Donald A. Henderson, el exjefe de la Campaña de la Erradicación de la Viruela de la OMS, y Robert E. Shope, epidemiólogo de la Universidad de Yale, para organizar entre todos una Conferencia titulada *Virus Emergentes*, la cual se realizó en marzo de 1989, patrocinada por los Institutos Nacionales de Salud de Washington (Cueto, 2015: 70).

Según Marcos Cueto, para “[...] los participantes en este evento, las nuevas enfermedades eran un resultado imprevisto del progreso alcanzado por la sociedad global, en la cual el contacto entre las poblaciones urbanas y las poblaciones rurales, anteriormente aisladas, era mayor”. Otras causas

discutidas en el evento fueron “las alteraciones climáticas, la deforestación —que forzaron la migración de microorganismos presentes en animales silvestres para áreas urbanas—, el aumento de tránsito de turistas y la migración de trabajadores para áreas anteriormente deshabitadas”. Marcos Cueto insistía, además, en que la mayoría de los trabajos presentados en este evento “[...] concordaban en que las causas de esta situación no eran solamente los fenómenos ambientales, sino que también existían causas sociales como la crisis y el colapso de la infraestructura en Salud Pública en países en desarrollo y en naciones que hacían parte del bloque socialista” (Cueto, 2015: 70).

Como vimos atrás, para finales de los ochenta y comienzos de los noventa el Banco Mundial había comenzado a ocupar el vacío creado por una OMS deficiente e ineficaz. A pesar de que surgieron varias controversias en torno a las nuevas políticas del Banco, su mayor “ventaja comparativa” consistía en “su capacidad de movilizar grandes recursos financieros y en hacer propuestas globales de desarrollo”. Para 1990, los préstamos del Banco relacionados con la salud pública superaron el presupuesto total de la OMS (Brown, Cueto & Fee, 2006 [2004]: 94). Así entonces, el Banco Mundial, con su competencia en el campo de la salud, torpedeó a la OMS y la debilitó, arrebatándole su lugar en este y, recogiendo las propuestas que estaban siendo planteadas en el ámbito internacional sobre la necesidad de hacer estudios y controles epidemiológicos globales, comenzó a apropiarse del término “salud global” para contraponerlo al de “campañas verticales de erradicación” característico de las políticas de la OMS.

Sin embargo, la OMS intentó reaccionar y, en enero de 1992, el Comité Ejecutivo de la Organización, compuesto por 31 miembros, creó un “Grupo de Trabajo” para “investigar y sugerir de qué manera la OMS podía ser más eficaz en su labor para la salud internacional, teniendo presente que el cambio global se estaba apoderando del mundo rápidamente”. Este grupo de trabajo presentó su informe en mayo de 1993 y recomendó que si la Organización quería mantener el liderazgo del sector salud tendría que revisar “el fragmentado manejo de sus programas a nivel global, regional, y nacional; disminuir la competencia entre programas regulares y extrapresupuestarios; y, sobre todo, aumentar el énfasis dentro de la OMS

en asuntos de salud global y su papel protagónico y organizativo en aquella esfera”<sup>46</sup> (Brown, Cueto & Fee, 2006 [2004]: 94).

### **¿Otra vez el Banco Mundial? La Ley 100 de 1993 y sus implicaciones para los desarrollos de la Facultad**

Al año siguiente de haber sido nombrado decano encargado Tribín Ferro, en 1993, se sentaron las bases para la consolidación de las reformas neoliberales de la salud, ahora entendida como *salud global*, las cuales fueron recogidas y popularizadas en el texto *Invertir en salud*, título del Informe sobre el Desarrollo Mundial, del Banco Mundial, publicado en julio de ese año. Sustentado sobre los datos de las pérdidas económicas dramáticas ocasionadas por las enfermedades, el informe justificaba el apoyo a los programas sanitarios como una nueva contribución al crecimiento económico. En ese sentido, proponía perfeccionar el gasto público en salud promoviendo el gerencialismo y evitando el desperdicio de recursos y la duplicación de actividades. Esto llevaba implícita “la idea de priorizar las intervenciones costo-efectivas, lo que directamente indujo al abandono de los programas amplios y abarcadores en los sistemas de salud” (Cueto, 2015: 78-79).

En este sentido, Lewis T. Preston, presidente del Banco Mundial, decía en el Prefacio:

[...] Este informe se propone un enfoque triple para las políticas públicas destinadas a mejorar las condiciones de salud en los países en desarrollo. Primero, los gobiernos tienen que fomentar un entorno económico que permita a las propias unidades familiares mejorar su nivel de salud. Es fundamental formular políticas de crecimiento [...] que aseguren el aumento de los ingresos de los pobres [incluyendo las medidas de ajuste económico]. Segundo, el gasto público en salud debería reorientarse hacia programas más eficaces en función de los costos que contribuyan en mayor medida a ayudar a los pobres [...]. Tercero, los gobiernos tienen que facilitar mayor diversidad y competencia

---

<sup>46</sup> Para una mayor información, véase el libro de William Muraskin (Muraskin, 1998).

en el financiamiento y la prestación de los servicios de salud. Si los gobiernos financiaran un conjunto de medidas de salud pública y servicios clínicos esenciales, el resto de los servicios de esta índole se podría cubrir mediante financiamiento privado, por lo general por la vía de los seguros, ya fueran privados o sociales. La reglamentación gubernamental puede fortalecer los mercados de seguros privados, mejorando los incentivos para ampliar la cobertura y controlar los costos. Incluso en el sector de los servicios clínicos financiados con fondos públicos, los gobiernos pueden fomentar la competencia y la participación del sector privado en la prestación de servicios [...] con esta combinación de elementos se pueden mejorar los resultados en materia de salud y contener los costos, aumentando al mismo tiempo el grado de satisfacción de los consumidores. (Preston, 1993: III)

Estas políticas y prácticas planteadas en el Informe y puestas en marcha rápidamente por el Banco Mundial en la década de los noventa se convirtieron en una tendencia dominante en la salud internacional, apoyados en su amplio presupuesto y en “su capacidad de movilizar grandes sumas de recursos financieros, que en esa época sobrepasaban el presupuesto total de la OMS” (Cueto, 2015: 78-79).

Con estas reformas de la salud, los beneficios económicos privados pasaron a ser mayores que los públicos y para los gobiernos la búsqueda por sistemas de salud articulados dejó de ser prioritaria y las intervenciones costo-efectivas se volvieron más importantes que la equidad y la cobertura. Así, la salud volvió a ser una función asistencial en la cual la prevención y la vigilancia sanitaria ya no eran prioritarias. En estos procesos de reforma de la salud se vincularon la promoción de alianzas público-privadas, así como nuevas agencias de salud bilaterales de carácter privado o semiprivado<sup>47</sup> (Cueto, 2015: 80).

Todo esto va a tener su expresión en Colombia con las reformas del Sistema Nacional de Salud, puestas en marcha durante la presidencia de César Gaviria Trujillo. Según cuenta Mario Hernández, el proceso comenzó

---

<sup>47</sup> Para mayor información en torno a estas nuevas alianzas, véase el trabajo de Cueto (Cueto, 2015: 80-91).

con la presentación al Congreso Nacional de un proyecto de reforma a la seguridad social por parte del gobierno (léase, Reforma del Seguro Social), el cual se concentraba en el componente de pensiones de jubilación, como parte de la flexibilización laboral iniciada con la Ley 50 de 1990. En este proyecto se proponía que se separaran los componentes de salud de los de pensiones de jubilación en el Instituto de Seguros Sociales, “para entrar en un modelo de fondos privados en competencia y ahorro individual, similar al implantado [por Augusto Pinochet] en Chile, desde 1981” (Hernández Álvarez, 2002: 995).

No obstante, en el nuevo Congreso de la República, después de la Constitución de 1991, había un sector importante de nuevas fuerzas políticas que dieron el debate contra lo que consideraron un proyecto restringido y lograron incluir los componentes de salud y riesgos profesionales. Inclusive las centrales obreras más fuertes presentaron un nuevo proyecto de ley (el n.º 248 de 1992) que pretendía expandir la seguridad social tanto en cobertura como en beneficios y crear un gran Departamento Administrativo de la Seguridad Social. Este implicaba incluir todas las instituciones de salud, pensiones, educación, vivienda, recreación, entre otros (Hernández Álvarez, 2002: 995).

Pero, en ese momento, el Ministerio de Salud estaba en manos de la Alianza Democrática M-19, representada por el ministro Camilo González Posso y desde esta oficina se propuso la creación de un Seguro Nacional de Salud que integraría todas las “fuentes de financiación y las instituciones públicas y privadas, con la administración descentralizada y cobertura progresiva, hasta la universalización”. No obstante, esta propuesta no se convirtió en un proyecto de ley, pero sí hizo parte de los insumos utilizados en la discusión que se llevó a cabo en el Congreso para modificar el proyecto original del gobierno, junto con una lluvia de otras propuestas elaboradas por casi todos los sectores sociales como las asociaciones de profesionales de la salud, los trabajadores del sector, universitarios y miembros de la academia, los aseguradores privados, los hospitales y clínicas, entre otros. Ante esta situación el gobierno se vio obligado a retirar el proyecto inicial y presentó un nuevo proyecto elaborado por los técnicos del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, del Departamento Nacional de Planeación, del Ministerio de Salud y del Instituto de Seguros Sociales a

finales de 1992. Sin embargo, este proyecto fue retirado también en marzo de 1993 (Hernández Álvarez et al., 2002: 339).

Por su parte, un grupo de parlamentarios, coordinados por el exministro de Salud y senador Jaime Arias Ramírez, presentó otro proyecto en el cual se definían tres grupos de vinculación al sistema de salud: servicios privados de mercado abierto, seguro social por aportes, y protección pública a la salud. Este proyecto estaba basado en un modelo que se había discutido en los Estados Unidos, en la década de 1970, que se fundamentaba en la “teoría de la agencia” de acuerdo con la cual para los usuarios debería existir una agencia que pudiera negociar de igual a igual con quienes ofrecían servicios de salud para protegerlos en las relaciones desiguales a las que eran sometidos por los prestadores de servicios (Hernández Álvarez et al., 2002: 339-340).

Así mismo, el Instituto FES de Liderazgo lanzó un proyecto liderado por Francisco Yepes Luján, respaldado por sectores académicos, organizaciones no gubernamentales y algunos expertos en salud y seguridad social. Este pretendía elaborar una propuesta de Sistema de Seguridad Social que pusiera en marcha el mandato constitucional. La propuesta fue discutida en enero de 1993, en un foro realizado en Rionegro, Antioquia, y de allí surgió un proyecto de ley que proponía un sistema de seguro obligatorio, de cobertura familiar y financiado por recursos privados y públicos en competencia (Hernández Álvarez et al., 2002: 340-341).

El 23 noviembre de 1992, la Alianza Democrática M-19 decidió retirarse del gobierno debido a una crisis política interna de esta Alianza<sup>48</sup>. Así, el recién posesionado ministro de Salud, Gustavo de Roux Rengifo, tuvo que renunciar a su cargo<sup>49</sup>, con lo cual dejó libre el camino para “uno de los más convencidos de las nuevas teorías económicas aplicadas a la salud: el economista doctorado en Harvard, Juan Luis Londoño<sup>50</sup>.”

---

<sup>48</sup> AD M-19 se va del Gobierno, *El Tiempo*, 24 de noviembre de 1992. <https://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-246382>

<sup>49</sup> De Roux lamenta retiro de Ministerio de Salud, *El Tiempo*, 26 de noviembre de 1992. <https://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-247636>

<sup>50</sup> Bogotano, de ancestros antioqueños, Londoño había estudiado Economía en la Universidad de Antioquia (1977-1981) y en la Universidad de los Andes (1981-1983) y en esta última universidad realizó una Maestría en Política Económica (1985). Entre 1982 y

Esta coyuntura nacional facilitó una nueva cohesión gubernamental, que integró de otra forma los aportes de los diferentes sectores, conservando el predominio neoclásico” (Hernández Álvarez et al., 2002: 341).

Con la llegada de Juan Luis Londoño al Ministerio, y en el marco del panorama internacional descrito atrás, la idea predominante sobre la salud en Colombia comenzó a cambiar completamente, como resultado de la promulgación de la Ley 100 de 1993, por la cual se creó el Sistema de Seguridad Social Integral. En efecto, el gestor de esta Ley de Reforma fue el recién nombrado ministro de Salud, Juan Luis Londoño de la Cuesta, quien desempeñó este cargo durante el gobierno de Cesar Gaviria Trujillo (1990-1994), entre 1992 y 1994. Por medio de ella se desmontó el Sistema Nacional de Salud y se dictaron disposiciones para organizar un Sistema General de Seguridad Social.

Una de las herramientas teórico-metodológicas en las que se pretendió fundamentar el sistema fue la del indicador Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP), que tenía en cuenta el momento de la vida en el cual se presentaba cada una de las defunciones ocurridas. “Así, si se estima que la esperanza de vida de una determinada población es de 72 años, un niño que muere a los 5 años de edad habrá perdido 67 años y una persona que muere a los 70 habrá perdido 2 años de vida” (República de Colombia. Ministerio de Salud, 1994a: 86). Sin embargo, rápidamente fue evidente que este, al estar basado en la mortalidad, no era suficiente para medir la morbimortalidad. Por lo tanto, al diseñarse la ley y el sistema, se modificó el indicador por el de Años de Vida Saludable Potencialmente Perdidos (AVISA), el cual logra combinar el número de años perdidos por mortalidad prematura y el de los años de vida perdidos por incapacidad.

---

1985, fue investigador de planta de Fedesarrollo en temas macroeconómicos y sociales. Luego realizó una Maestría en la Universidad de Harvard, de la cual se graduó en 1988 y recibió su título de Ph. D. en Economía de esa misma Universidad en 1990. A su regreso a Colombia en ese año, durante el gobierno de Cesar Gaviria, trabajó como subdirector de Planeación Nacional. Desde ese cargo, Londoño fungió como secretario del Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES). De igual forma, fue miembro de la Comisión para la Modernización del Estado y responsable del equipo que preparó el Plan Nacional de Desarrollo (1991-1994) y también actuó como presidente de la Junta Directiva de COLCIENCIAS y del Fondo Nacional para el Desarrollo (FONADE), además de ser miembro de las Juntas Directivas de ISA, Carbocol, FEN y Fondo de Solidaridad Social.

Se adoptó, entonces, el concepto de “carga de la enfermedad” que respondía al número de AVISA que cada enfermedad conllevaba, así como su costo para el sistema de salud. Según Catalina Latorres Santos, este concepto había sido desarrollado para el estudio *Invertir en Salud* del Banco Mundial, de 1993, con el fin de orientar las intervenciones. Era, pues, una implementación de las propuestas de este informe (Latorre Santos, 2018-2020). Este concepto sirvió como instrumento para “orientar la distribución de los recursos en el sector salud y la adopción de estrategias de tipo preventivo” (República de Colombia. Ministerio de Salud, 1994a: 86-89). Este indicador les permitió a los economistas vinculados al sector salud dejar de preocuparse por las definiciones de carácter médico o social de la salud y la enfermedad, y enfocarse en la medición de los AVISA para tomar las decisiones costo-efectivas en salud. No obstante, el modelo de Lalonde y Blum persistía en el trasfondo de dichas decisiones: la privatización de los servicios y el estímulo a la salud comunitaria y a los estilos de vida.

Esta Ley 100, cuya puesta en marcha efectiva se dio entre 1995 y 1997 con la ejecución de su Plan Maestro, estableció “una reforma al Sistema Integral de Seguridad Social en el país y [abordó] principalmente los sistemas de seguridad social en pensiones y en salud. En particular, en el campo de la salud, [desarrolló] el servicio público de salud” (República de Colombia. Ministerio de Salud, 1994b: 22). Como se dijo atrás, desde la promulgación de la Ley 10 de 1990, ya el país había abierto “las puertas a la participación de los agentes de mercado en el sistema” de salud (Hernández Álvarez, 2003: 352).

Por su parte, la Constitución de 1991 había hecho “[...] explícita la concurrencia de agentes públicos y privados” en la prestación de la seguridad social (Hernández Álvarez, 2003: 352-353). Esta disposición era congruente con el modelo económico-político neoliberal, mezclado con la teoría neoclásica, e implementado de manera franca y definitiva por el gobierno de Cesar Gaviria (1990-1994). La Constitución, apoyada en la teoría política clásica liberal, solo reconoció como derechos naturales “la vida, la libertad y la propiedad privada”, siguiendo los postulados de John Locke y de Adam Smith, reinterpretados por el filósofo neoliberal Robert Nozick, y aceptó como derechos positivos los económicos, sociales

y culturales, pero no como derechos fundamentales<sup>51</sup>. Por lo tanto, estos teóricos consideraban que el Estado no debería garantizarlos (Locke, 1981 [1690]; Nozick, 1974; Smith, 1958 [1776]).

Esto permitió que, en el gobierno de Gaviria, se avanzara en “reformas de corte neoliberal que apuntaban, en lo social, a una disminución progresiva de la provisión directa de servicios por parte del Estado”. Después de muchos debates y discusiones, se incluyó en la Constitución la salud como parte del derecho a la vida, pero se dispuso que el Estado, para garantizarla, podría recurrir al concurso de terceros<sup>52</sup>. De esta forma,

---

<sup>51</sup> Estos “derechos naturales” no existían como tales desde siempre: fueron propuestos por el filósofo inglés John Locke en su libro *Ensayo sobre el gobierno civil* (1689), en el cual postuló que la vida, la libertad y la propiedad eran los únicos derechos *naturales* a todo ser humano, por el solo hecho de existir. Sin embargo, anotó que el ejercicio de estos derechos generaba conflicto entre seres humanos. Por lo cual, cada individuo, al hacer parte de una sociedad civil, establecía tácitamente un contrato social con el gobierno civil, el cual debería garantizar la protección de estos y hacer justicia cuando alguien los trasgrediera. Según Mario Hernández, unos cuantos siglos después, cuando surge la propuesta neoliberal, uno de sus ideólogos, Robert Nozick, profesor de filosofía de la Universidad de Harvard, en su libro *Anarchy, State and Utopia* (Nozick, 1974), rescató la teoría de los derechos de Locke, releyéndolos y reinterpretándolos, argumentando la correspondencia moral entre la existencia de un Estado mínimo y la garantía de estos derechos, representada en su “teoría de las titularidades”, que certifican la posesión de los bienes privados, justamente adquiridos, y de los derechos naturales (Hernández Álvarez, 2003: 348-349). Sin embargo, como plantea M. Restrepo, citado por Hernández, “Nozick reconoce que existen personas que no disponen de las titularidades que les permitirían satisfacer sus necesidades y podrían ser atendidos por otros. [Pero plantea que] esto sólo es justificable en función de la compasión y no de la justicia. La compasión sustenta la caridad, mientras la justicia sustenta los derechos. Así, según Nozick, los derechos sociales, económicos y culturales no existen y, por lo tanto, el Estado no debe garantizarlos. De esta forma, el derecho a la asistencia sanitaria no es justificable en razón de la justicia y cualquier tipo de redistribución para ofrecer atención a quien no puede pagarla no debe ser producto de la acción del Estado, sino de las organizaciones privadas orientadas por la caridad” (Hernández Álvarez, 2003: 349).

<sup>52</sup> Según el artículo 48 del Capítulo 2 de la Constitución Política de Colombia, de 1991: “La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley. Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social. El Estado, con la participación de los particulares, ampliará progresivamente la cobertura de la Seguridad Social que comprenderá la prestación de los servicios en la forma que determine la Ley. La Seguridad Social podrá ser prestada por entidades públicas o privadas, de conformidad con la ley”.

la Ley 100 estableció “un sistema de mercado regulado de aseguramiento en salud en el que concurren agentes de propiedad privada, con y sin ánimo de lucro, y agentes de propiedad estatal”. Este modelo neoliberal, pero ajustado a la teoría neoclásica, pretendió superar, en apariencia, los problemas del modelo chileno de salud de Pinochet y se ubicó “a mitad de camino de la intervención estatal y el libre mercado” (Hernández Álvarez et al., 2002: 352-353).

En términos generales, esta ley estableció un sistema dual de atención en salud: por un lado, un régimen contributivo de cotización obligatoria para ciudadanos con ingresos económicos (trabajadores asalariados e independientes); y, por otro lado, un régimen subsidiado que variaba dependiendo de la categorización en la encuesta del SISBEN y de la cantidad de impuestos pagados<sup>53</sup> (Hernández Álvarez, 2003: 353).

En estas condiciones, en las que el Sistema General de Seguridad Social en Salud se dedicaba a los servicios individuales de atención médica definidos en el POS y financiados por el aporte de los cotizantes o por el subsidio a la demanda de los pobres (POS subsidiado), los servicios colectivos de salud, es decir, la salud pública, fueron quedando cada vez

---

<sup>53</sup> Con esa lógica, la implementación de la Ley 100 implicó la creación de un Plan Obligatorio de Salud (POS), financiado por contribuciones individuales descontables del salario de todos los trabajadores (régimen contributivo), dineros que eran manejados por el Fondo de Solidaridad y Garantías (FOSYGA), que los derivaba a las Empresas Promotoras de Salud (EPS) públicas y privadas, las cuales recibían estos dineros antes de tener que invertirlos en la atención a los pacientes; un plan subsidiado de salud (SISBEN), que también recibía sus dinero del FOSYGA, para las personas pobres que no están asalariadas y que es manejado por el Estado y pagado con un porcentaje de los dineros recibidos por el régimen contributivo; y unos planes de salud privados, comprados por la clase alta y media alta, que los puede pagar, cuyos dineros son manejados por las llamadas compañías de Medicina Prepagada. Tanto las EPS como las prepagadas contrataban la prestación de servicios médicos con las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) (Yepes et al., 2010: 15-19). De esta manera, a partir de un régimen de aseguramiento, el capital financiero comenzó a recibir de forma anticipada (prepagada) los dineros de la salud que podía poner a circular en los bancos y en los fondos de capital financiero (como la bolsa y los diferentes títulos de los mercados bursátiles), para producir más capital. Este mecanismo ha comenzado a llamarse “régimen de acumulación financierista” y es típico del régimen político neoliberal, en el cual “la lógica financiera se sobrepone a la lógica productiva en el proceso económico”. Es decir, que esta “lógica financiera expresa un poder real y concreto” que influye “directamente sobre las relaciones sociales que estructuran nuestras sociedades” (Giraldo, 2005: 233, 257).

más ubicados en el Plan de Atención Básica (PAB). Aunque al principio en este estaban incluidos el Plan de Atención Materno Infantil (PAMI) y la Atención Obligatoria de los Ancianos, heredados de la Atención Primaria en Salud, lentamente se fue consolidando la idea de dejar en el PAB solo los servicios colectivos con altas externalidades; esta era la expresión más clara de la nueva concepción de “salud pública”, derivada de la aplicación de la teoría neoclásica de los bienes (Hernández Álvarez et al., 2002: 343). En este sentido, Mario Hernández y colaboradores, citando a Jaime Arias, resaltan que, “[...] Por esta razón, el ministro Londoño, el senador Jaime Arias y otros más, insistían en que la Ley 100 nada tenía que ver con la salud pública y que se trataba de una reforma de la seguridad social para mejorar su eficiencia, universalidad y solidaridad, según el mandato constitucional” (Arias, citado por Hernández Álvarez et al., 2002: 343).

En el marco de estas nuevas reglas y en medio de un sistema complejo de reglamentación, los programas bandera de la cooperación técnica de la OPS de los años anteriores, como fueron el de los Sistemas Locales de Salud (SILOS) y la estrategia de la Promoción de la Salud adaptado a los países de América Latina, se fueron progresivamente debilitando entre 1993 y 1996. Así, la cooperación entre la OPS y el gobierno colombiano fue cayendo en una especie de limbo, tanto por parte del Ministerio de Salud como de la OPS. Surgió, entonces, una actitud expresa por parte del gobierno y del ministro de excluir a la OPS de la configuración de la reforma y de la fase inicial de su puesta en marcha, a pesar de las buenas relaciones entre estos entes durante los años anteriores. Obviamente, esto no tendría por qué ser de otra manera: el Banco Mundial estaba más interesado “en definir los detalles relativos al aseguramiento y a la administración del subsidio, antes que fortalecer instituciones y modelos de organización que tenían el tufillo del viejo sistema” (Hernández Álvarez et al., 2002: 343-344).

Era el reflejo nacional de la actitud del Banco Mundial con la OMS y, por extensión, con su Oficina Regional, la OPS, con el ministro Londoño como intermediario nacional activo (*broker*, en términos del Banco Mundial), pero convencido de la importancia y la bondad de su labor<sup>54</sup>. Por su

---

<sup>54</sup> Juan Luis Londoño afirmaba: “Yo tengo una voluntad de servicio enorme, y esa es mi única aspiración: tratar de hacer las cosas bien. Tal vez es una posición muy cristiana

parte, los cambios de personal y los ajustes organizativos, que implicó para el Ministerio la puesta en marcha del nuevo sistema, obstaculizaron, de ahí en adelante, cualquier intento de trabajo concertado entre el Ministerio y la OPS. Pero, además, esta nueva situación “encontró a la organización sin propuestas políticas alternativas de cooperación adecuada para las nuevas necesidades y con muchas dificultades en el plano de las relaciones con el gobierno” (Hernández Álvarez et al., 2002: 344).

### **La lenta agonía del programa de Atención Primaria Orientada a la Comunidad del centro de salud de Patio Bonito**

Este nuevo enfoque, y sus consecuencias, irían acabando lentamente con la participación de la Facultad de Medicina del Rosario en la Upa-92 de Patio Bonito, pues la estructura del nuevo sistema se alejaba del cumplimiento de las premisas que lo originaron, como fue la orientación hacia la Atención Primaria Orientada a la comunidad. En efecto, una vez promulgada y publicada la Ley, algunos de los docentes rosaristas empezaron a trabajar por la apertura y la ubicación de otros centros de práctica para el desarrollo de salud comunitaria. Por ejemplo, para 1993, ya durante la decanatura interina de Tribín Ferro, Julieta Calvo decidió dejar la jefatura del Departamento y entró a trabajar en la Secretaría de Salud del Distrito. Ella fue reemplazada por Catalina Latorre, quien, como ya se dijo, venía trabajando en el Centro como monitora, desde 1991. Simultáneamente, la profesora Latorre comenzó su formación en la Maestría de Administración en Salud de la Universidad Javeriana, que era dirigida por Francisco José Yepes Luján, quien había coordinado el Estudio Sectorial de Salud. La maestría tenía como referentes teórico-metodológicos el modelo de “campo de la salud” utilizado por Lalonde y Blum, y el concepto de “estilos de vida saludables”, que fundamentaban su apuesta por la Salud Comunitaria. Estos mismos referentes habían orientado los trabajos del Estudio

---

y muy ingenua, pero me parece que este país necesita gente buena que se dedique a hacer las cosas bien. Esa es mi vida, en el fondo” (Londoño de la Cuesta: Un buen Colombiano, *El Pulso*, marzo de 2003). <http://www.periodicoelpulso.com/ediciones-antteriores-2018/html/mar03/general/general-04.htm>

Sectorial de Salud. Igualmente, la Economía de la Salud, la gerencia y la gestión en salud eran las tres grandes herramientas que ofrecía la Maestría para abordar el manejo de los problemas sanitarios, desde las nacientes perspectivas neoliberales (Latorre Santos, 2018).

La profesora Latorre comentaba que

[...] todo el grupo de docentes de Patio Bonito entramos a procesos de formación en gerencia en salud, porque a partir del 92 y hacia el 93 se empieza todo el auge del enfoque neoliberal que entendía que el sector salud no debería ser de la esfera del Estado, sino del capital privado [...] Desde la Maestría yo comienzo entonces a retroalimentar el proceso académico de formación de los estudiantes.

En ese año, cuando Latorre terminó la maestría, por indicaciones de la decanatura, se abrió el módulo de Gerencia en Salud en la Cátedra de Medicina Preventiva, a través de la cual, y por la formación que la profesora Latorre había adquirido en los Estados Unidos, se introdujo el programa de *Continuous Quality Improvement*, que tenía una duración de un mes e implicaba la implementación de la calidad en los servicios de salud como elemento central, en el marco de su progresiva privatización (Latorre Santos, 2018: 3). Así, la Cátedra y, sobre todo, la práctica, en Patio Bonito fueron girando desde la Atención Primaria centrada en la comunidad, orientación que le habían impreso Ricardo Alvarado y Julieta Calvo, hacia el enfoque de una Salud Comunitaria basada en el manejo de los estilos de vida individuales, orientados por el modelo de Campo de la Salud de Lalonde y no en el de la prevención primaria de Leavell y Clark.

### **La etapa final del gobierno de César Gaviria Trujillo: repercusiones de la Constitución de 1991**

Como dijimos atrás, el “revolcón” de Gaviria Trujillo nos introdujo en un nuevo país, construido sobre un modelo neoliberal, que tuvo muchas consecuencias, unas buenas y otras malas. En primer lugar, las declaraciones de derechos y los mecanismos para su defensa impuestos por la Constitución, en especial el de la tutela, “convencieron al fin a los colombianos de que tenían derechos. Sirvieron para proteger a las minorías y a los débiles y

para obligar a la burocracia, sobre todo del sector salud, a atender a todos los ciudadanos [...]. Los derechos sociales, ahora incorporados a la ley, transformaron a fondo la visión del Estado” (Melo, 2017: 270).

En segundo lugar, la descentralización que adoptó dio autonomía real a los municipios y departamentos y estuvo acompañada “de la cesión de grandes recursos provenientes sobre todo de la minería y el petróleo, [que] generaron inmens[as] [regalías] en las décadas siguientes”. No obstante, y en vista de que la paz nunca llegó, la situación convirtió los recursos transferidos en un gran botín gratuito “cuyo control se volvió parte esencial de la política local, en medio del enfrentamiento entre la guerrilla y los grupos de propietarios, narcotraficantes y políticos tradicionales aliados en el paramilitarismo”. Por lo tanto, un efecto secundario e involuntario de la Constitución fue el del aumento de los niveles de corrupción local (Melo, 2017: 271).

En tercer lugar, la representación proporcional adoptada por la elección de senadores debilitó a los partidos. “Muchos políticos formaron pequeñas empresas electorales que les permitían su elección juntando votos en todo el país” por fuera de la disciplina de los partidos tradicionales, fenómeno que llevó prácticamente a la desaparición de estos en buena parte de los casos. Aunque la Constitución trató de evitar la corrupción prohibiendo los auxilios parlamentarios y estableció un conjunto de controles sobre los funcionarios públicos, por medio de la Contraloría, la Procuraduría, la Fiscalía, la Defensoría del Pueblo y las Personerías Municipales, en las ciudades con grandes presupuestos, donde la violencia no logró controlar la administración por vía de la lucha armada, la corrupción alcanzó niveles inesperados. En cuarto lugar, la Constitución creó un marco legal para que una parte de los recursos del Estado se gastara en “el pago de subsidios para reducir la desigualdad en el disfrute de derechos económicos y sociales”. Sin embargo, esto abrió la puerta a nuevas formas de clientelismo y corrupción (Melo, 2017: 271).

En el campo de la política económica, la adaptación institucional a las exigencias del comercio y la economía mundial se fue imponiendo. En lo referente al comercio exterior, la “Ley Marco de 1992, impulsaba la internacionalización de la economía, a partir del mejoramiento de la eficiencia de la producción nacional y de un protagonismo central del sector

empresarial privado combinado con una adecuada gestión de las políticas públicas”. Para esto se crearon el Ministerio de Comercio Exterior y otra serie de instancias institucionales más para la promoción, regulación y vigilancia del comercio nacional e internacional (Torres del Río, 2010: 395).

Por su parte, la Ley 142 de 1994 marginó la acción estatal de los servicios públicos y abrió el paso al sector privado eliminando los subsidios e indexando las tarifas de acuerdo con los modelos de las grandes industrias transnacionales, como fue el caso de la Empresa de Energía Eléctrica de Bogotá, incrementando los costos en algunos casos hasta más del 300%. Adicionalmente, las ventas de las empresas estatales al capital privado se llevaron a cabo por debajo de su valor real, como fue el caso de la Empresa de Telecomunicaciones de Santa Fe de Bogotá, que se vendió por un quinto de este (Torres del Río, 2010: 396).

Igualmente, en el caso de la salud y la seguridad social la Ley 100 de 1993 “abrió las puertas para la medicina prepagada, disminuyó el situado fiscal —lo que llevó al cierre de varios hospitales— e hizo posible la creación de fondos privados de cesantías y pensiones” (Torres del Río, 2010: 396). Finalmente, la Ley 50 de 1990 sobre flexibilización laboral, unida al paquete neoliberal general de ajustes económicos y sociales, desencadenó una gran cantidad de protestas de parte de los trabajadores (huelgas, paros y demás formas de protesta social) “contra las políticas agrarias y cafeteras, la apertura económica y la firma de tratados comerciales internacionales, considerados lesivos —el Área de Libre Comercio de Las Américas (ALCA) y el Tratado de Libre Comercio (TLC)—; así mismo, se exigía la condonación de las deudas y la atención estatal para la educación, la salud, los servicios y la infraestructura” (Torres del Río, 2010: 397).

En cuanto a la política exterior, el gobierno empezó a buscar aliados en la defensa de la democracia y de los derechos humanos, la integración económica y la lucha contra el terrorismo y el narcotráfico, con lo cual ratificó su participación en organismos multilaterales como la Organización Mundial del Comercio (OMC) y la Organización de Estados Americanos (OEA) (Torres del Río, 2010: 397-398).

Finalmente, en lo relacionado con la lucha contra la violencia interna, el gobierno de Gaviria puso en marcha una estrategia para “unir los caminos separados entre civiles y militares en torno a la seguridad y la defensa”. Creó

una consejería presidencial para la defensa y la seguridad que cumpliría las funciones de Secretaría Ejecutiva del Consejo Superior de Defensa Nacional, que había sido creado durante el Frente Nacional como institución exclusivamente militar. Con esto, el presidente “le señalaba al sector castrense que los civiles estarían al frente de las consideraciones de la seguridad y la defensa. Esto implicaba un trabajo conjunto entre ambos estamentos”. Esta política se concretó después de un período de transición de un año que culminó en el retiro del general Óscar Botero Restrepo del Ministerio de Defensa y la posesión del civil Rafael Pardo Rueda, quien hasta ese momento venía desempeñando el cargo de consejero de Seguridad y Defensa. Igualmente, se nombró a un civil como director del Departamento Administrativo de Seguridad (DAS), cargo que era tradicionalmente desempeñado por oficiales militares o de la policía (Torres del Río, 2010: 399-403). Como parte de esa estrategia, se puso en marcha una reforma militar que permitió fortalecer la lucha contra la violencia y se llevaron a cabo acuerdos que permitieron “la permanente intervención [militar] norteamericana” (Torres del Río, 2010: 408-411).

Un recurso fundamental de la lucha contra la violencia fue la expedición del Decreto 2047 del 5 de septiembre de 1990, que estableció la posibilidad de que los delincuentes comunes (especialmente los narcotraficantes) y los terroristas se sometieran a la justicia con “una serie de garantías —rebaja y acumulación de penas, así como condenas de ejecución condicional para ciertos delitos— para que se entregaran y fueran sancionados”. Para esto debían cumplir con una serie de requisitos: que el delincuente no estuviera detenido, que su confesión libre y voluntaria fuera la base para dictar la sentencia, que en la confesión se denunciaran los bienes relacionados con los delitos, y que entregaran las armas en el momento de esta. Todo esto, para apoyar la decisión tomada en la Constitución de eliminar la extradición (Torres del Río, 2010: 411-412).

Los primeros en acogerse al sometimiento a la justicia fueron Fabio Ochoa, del Cartel de Medellín, en diciembre de 1990 y su hermano Juan David, en febrero de 1991. Después de esto se entregó el narcotraficante Pablo Escobar, en julio de 1991. Para esto Escobar exigió que fuera ubicado en una cárcel especial, que él había mandado a construir y que llamó La Catedral (Palacios, 2003 [1995]: 342) y que los guardias de dicha

cárcel y el director fueran antioqueños. Pero la condición fundamental era que no fueran extraditados. Escobar se había entregado, pues se había quedado solo, ya que, en la lucha constante contra las fuerzas del orden y sus enemigos, perdió una muy buena parte de su ejército privado de 3000 sicarios (Caballero, 2018: 391).

Sin embargo, un año después, en julio de 1992, cuando se enteró de que iba a ser trasladado a una dependencia militar, pues la DEA había denunciado que había continuado delinquir desde la cárcel, Escobar se fugó de La Catedral y se escondió en la selva. No obstante, como no tenía la formación militar de los guerrilleros, rápidamente decidió devolverse a la ciudad de Medellín, donde se escondió. El presidente Gaviria creó el Bloque de Búsqueda, cuerpo élite de 600 efectivos de policía y militares con el fin de recapturar o dar de baja a Escobar. Finalmente, el 2 de diciembre de 1993, después de eliminar a varios de sus lugartenientes, este Bloque logró dar de baja a Pablo Escobar (Sánchez Cristo, 2017: 95-100; Torres del Río, 2010: 412-413).

Pero su muerte, ocurrida en un tejado cerca de su casa en la ciudad de Medellín, fue posible porque estaba acorralado debido a “una alianza asombrosa de todos sus enemigos [...]: el ejército y la policía de Colombia, los narcotraficantes del Cartel de Valle, la *Delta Force* del ejército norteamericano, los narco-paramilitares [sus antiguos aliados], la DEA antinarcóticos de los Estados Unidos y los autodenominados Pepes”<sup>55</sup> (Caballero, 2018: 391; Sánchez Cristo, 2017: 100-107).

Aunque este pareciera el fin de la historia y, efectivamente, el terrorismo ligado con el narcotráfico disminuyó marcadamente, el tráfico de drogas continuó existiendo subrepticamente y con un bajo perfil. Paradójicamente, la opción entre un Estado de Bienestar y una reducción de la intervención estatal en la economía “terminó desembocando en un gobierno central más grande que el que hubo hasta 1990”, para poder lograr la intervención en la seguridad y la justicia, y garantizar más legitimidad ante la población, tratando de asegurar sus requerimientos en educación y salud. Esto exigió mayores impuestos para tratar de resolver el déficit fiscal, pero “sin haber

---

<sup>55</sup> Perseguidos de Pablo Escobar.

despejado los vicios acentuados de clientelismo, corrupción y desperdicio de recursos”. Encima de todo, los agentes privados “hicieron su agosto” al convertir en negocios “rubros que solían ser monopolios públicos, entre ellos la energía, el agua, la salud, la contratación de obras públicas y las comunicaciones” (Kalmanovitz, 2019 [2010]: 426).

Al final del gobierno del presidente Gaviria, quedó pues consolidado, con todos sus beneficios y problemas, el régimen económico de acumulación de capital financierista y el régimen político y jurídico neoliberal que garantizaría su permanencia en el país por muchos años. En medio de los dos, quedaba el Sistema Nacional de Salud y Seguridad Social como uno de los mecanismos fundamentales de regulación del equilibrio entre los intereses privados del capital financiero y las necesidades de consumo de las familias, para asegurar la reproducción de la estructura social, utilizando siempre la puerta giratoria que garantizaba y “legalizaba” la corrupción.

En adelante, veremos cómo todos estos cambios, reflejados en los campos de la educación y de la salud en Colombia, comenzaron a hacerse presentes en la Facultad de Medicina del Rosario, a partir de la siguiente decanatura en propiedad de Alfonso Tribín Ferro.

## **La campaña electoral para la Presidencia de la República de 1994 y la elección de Ernesto Samper Pizano**

Antes de finalizar el gobierno de Gaviria se presentaron una serie de situaciones, durante la coyuntura de la campaña electoral de 1994, que desencadenaron uno de los cuatrienios más turbulentos de la vida del país desde el inicio del Frente Nacional de 1958: “Problemas estructurales y coyunturales de todo tipo se combinaron para hacer de la crisis política que caracterizó al gobierno de Ernesto Samper Pizano una de las mayores en la historia política del siglo XX” (Torres del Río, 2010: 415-416).

En la primera vuelta de las elecciones presidenciales se presentaron como candidatos Andrés Pastrana Arango, por el conservatismo; Ernesto Samper Pizano, por el liberalismo; Antonio Navarro Wolff, por la Alianza M-19, con compañero de fórmula el indígena Jesús Piñacué; y dos candidatos independientes: Miguel Maza Márquez, exdirector del Departamento Administrativo de Seguridad (DAS) y Regina Betancur de Liska (Regina 11).

En este primer certamen electoral, Samper le ganó a Pastrana por 19.000 votos, lo que obligatoriamente implicaba realizar la segunda vuelta electoral. “Pero dos días antes de la segunda vuelta, el candidato Andrés Pastrana entregó al presidente César Gaviria Trujillo unos casetes en los que horas de grabación dejaban al descubierto que el Cartel de Cali había infiltrado y financiado buena parte de la campaña presidencial de Ernesto Samper” (Torres del Río, 2010: 416). Según el general Óscar Naranjo,

en 1994, oficiales de la policía interceptaron varias llamadas telefónicas entre el capo del Cartel de Cali, Miguel Rodríguez Orejuela y el periodista Alberto Giraldo en las que se referían en clave al envío de dinero para la campaña del candidato liberal Ernesto Samper Pizano. Las cintas fueron filtradas a los medios de comunicación y a partir de ahí se conocieron los “narco-casetes”. (Naranjo, en Sánchez Cristo, 2017: 112)

El candidato conservador, segundo en la primera vuelta, aprovechó esta situación para exigir a su adversario que demostrara que su campaña no había recibido dineros del narcotráfico (Torres del Río, 2010: 416).

Samper no respondió finalmente a las exigencias de Pastrana y en la segunda vuelta, el 19 de junio de 1994, en la cual se enfrentaron el candidato liberal y el conservador, Ernesto Samper obtuvo 3.733.366 votos (42.3%) y Pastrana alcanzó 3.576.781 (37.3%). Pocos días después, Pastrana exigió infructuosamente su renuncia y el presidente electo, nuevamente, sin dar ninguna respuesta, se posesionó el 7 de agosto de 1994 (Torres del Río, 2010: 416).

No obstante, Samper siempre sostuvo que este apoyo había sido hecho “a sus espaldas” (Melo, 2017: 272-273), y como respuesta ordenó y logró la captura del jefe del Cartel de Cali, Miguel Rodríguez Orejuela. Debido a la insistencia de Pastrana Arango y a la gravedad de sus acusaciones, el presidente Samper le pidió a Gustavo De Greiff, Fiscal de la Nación, abrir la respectiva investigación. Después de un mes, De Greiff llegó a la conclusión de que de estas grabaciones “no se podían extraer pruebas suficientes para iniciar un juicio y procedió a cerrar el caso” (Torres del Río, 2010: 417-418).

Curiosamente, a los dos días de haber ocurrido esto, el Fiscal De Greiff fue obligado a jubilarse por haber cumplido 65 años. Entonces, fue reemplazado en su cargo por el político santandereano Alfonso Valdivieso Sarmiento, primo de Luis Carlos Galán Sarmiento, quien inició enseguida la investigación que fue conocida como “el proceso 8000”<sup>56</sup>. Posteriormente, Valdivieso Sarmiento acusó al presidente Samper ante la Cámara de Representantes para que le abriera el correspondiente juicio. La investigación de la Fiscalía le dio pie a esta entidad para capturar a congresistas como Alberto Santofimio Botero, a narcotraficantes como Gilberto Rodríguez Orejuela y, en especial, al tesorero de la campaña de Samper, Santiago Medina. Este último admitió haber recibido más de 5 millones de dólares del Cartel de Cali y comprometió en el asunto al ministro de Defensa, Fernando Botero Zea, que había sido el director de la campaña liberal y al presidente Samper, de quien dijo que sí sabía del ingreso del dinero. Esta confesión fue avalada después por el chileno Guillermo Palomari Astudillo, contador del Cartel de Cali cuando se entregó a la DEA (Torres del Río, 2010: 418-419).

En estas condiciones, el presidente, en julio de 1995, solicitó a la Comisión de Investigaciones de la Cámara de Representantes que pusiera en marcha todas las actividades que fueran necesarias para dejar en claro los hechos que investigaba la Fiscalía (Torres del Río, 2010: 419). Pero el 15 agosto de ese mismo año, Fernando Botero Zea fue detenido por la Fiscalía, que “declaró que el presidente Samper sí sabía del ingreso de los dineros del narcotráfico a la campaña liberal y había ideado, gestado y contribuido a obtenerlos”. Como consecuencia, la Fiscalía volvió a presentar una denuncia ante la Comisión de Investigación y Acusaciones de la Cámara y el 26 de marzo el presidente rindió indagatoria ante esta Comisión. El 12 de junio, la Plenaria de la Cámara de Representantes aprobó, por mayoría de 111 contra 43 votos, la resolución de preclusión del juicio y de la investigación a Samper declarándolo inocente (Torres del Río, 2010: 421).

---

<sup>56</sup> Se le llamó así, por ser “8000” el número del expediente del proceso que la Fiscalía había puesto en marcha contra nueve congresistas y dos funcionarios del Estado que supuestamente habían recibido dineros del Cartel de Cali (Torres del Río, 2010: 418-419).

En diciembre de ese año, la Comisión declaró cerrada la investigación por decisión mayoritaria, con *auto inhibitorio*, o sea que el Congreso tenía que abstenerse de acusar al presidente, y ordenó archivar el expediente, por no haberse logrado comprobar el ingreso de los dineros a la campaña y porque, debido a la vaguedad de las implicaciones, tampoco se podía comprobar que el candidato hubiera tenido conocimiento del asunto (Torres del Río, 2010: 419).

Al respecto, el propio presidente Samper, en un libro que escribió posteriormente (Samper Pizano, 2000), al preguntarse “¿Por qué no me tumbaron?”, se respondía a sí mismo:

[...] Durante varios meses decenas de fiscales y agentes de seguridad, nacionales y extranjeros, estuvieron buscando alguna evidencia que me inculpara, sin conseguir absolutamente nada. Así lo determinó la justicia al emitir su fallo absolutorio en distintas instancias judiciales. Los conspiradores ensayaron diferentes estrategias para sacarme entonces del gobierno, ya que la vía judicial no coincidía con sus intereses. (Samper Pizano, 2000: 19)

Esto lo confirmó también el general Óscar Naranjo al ser entrevistado por Julio Sánchez Cristo, cuando dijo: “[...] tuve muchas dudas con el expresidente Samper; sin embargo, lo que resultó evidente es que nunca obtuvimos una prueba reina que lo implicara directa y personalmente”. Inclusive en un maletín de Miguel Rodríguez Orejuela encontrado por la policía,

[...] lleno de información muy importante, particularmente cheques que habían girado a mucha gente [...] pero debo decir que no hay un cheque a Samper ni a la campaña. Nada. [...] Creo que el desenlace que tuvieron las operaciones contra los Rodríguez y el desenlace judicial del caso del ministro de Defensa, Fernando Botero, dejaron habilitado a Samper para seguir gobernando. [...] [basado] en la decisión judicial que lo condenó, Fernando Botero fue el gran responsable. (Naranjo, en Sánchez Cristo, 2017: 126-127)

A pesar de esto, el gobierno de Samper estuvo marcado por un enfrentamiento con los Estados Unidos por el supuesto apoyo que los narcotraficantes de Cali habían dado a su campaña. Desde la primera visita a este país como presidente electo, el Departamento de Estado de los Estados Unidos le advirtió a Samper que estaba enterado del ingreso a su campaña de dineros del narcotráfico, y la agencia de noticias *United Press International* (UPI) hizo circular la noticia de que el presidente Bill Clinton sabía que la campaña de Samper había recibido más de 3 millones de dólares de parte de los carteles de la droga. Como consecuencia, en julio de 1994, las autoridades estadounidenses “cancelaron, sin previo aviso, una visita programada del entonces director de la Policía Nacional, general Octavio Vargas Silva, aduciendo que aparecía mencionado comprometedoramente en las grabaciones contenidas en los casetes”. Un mes después de la posesión del presidente, un alto funcionario de la administración norteamericana acusó a Colombia de ser una “narcodemocracia” y afirmó que los narcotraficantes se habían favorecido con la prohibición de la extradición (Torres del Río, 2010: 417-418). Desconfiando de la sentencia del fiscal, el 6 de junio de 1996, el gobierno de este país le canceló la visa al presidente (Torres del Río, 2010: 421).

A medida que el tiempo fue pasando y que la crisis política se generalizó, los cuestionamientos que se hacían al nuevo presidente se proyectaron hacia la clase política, la cual fue enjuiciada, en sentido figurativo, por su alta corrupción, pues algunos de sus sectores estaban vinculados con los carteles e intentaban, “mediante maniobras jurídicas y políticas”, salvar al presidente y al Congreso. La situación se hizo cada vez más compleja (Torres del Río, 2010: 417).



## **Tercer subperíodo: del inicio de las nuevas relaciones mediadas por el convenio de servicios docente-asistenciales a la terminación definitiva del convenio entre las dos instituciones (1994-1999)**

### **Decanatura en propiedad de Alfonso Tribín Ferro (1994-1999)**

Antes de que el país comenzara a descuadernarse con la posesión de Ernesto Samper, y debido a que Alfonso Tribín Ferro ya llevaba dos años ejerciendo la decanatura de manera interina, desde que Antonio Ucrós Cuéllar había presentado la renuncia a su cargo como decano en 1992, la Sociedad de Cirugía de Bogotá, por intermedio de su presidente, Guillermo Rueda Montaña, decidió presentar al nuevo rector, Mario Suárez Melo, una terna integrada por Alfonso Tribín Ferro, Manuel Roberto Palacios y Leonardo Palacios Sánchez, para que nombrara un nuevo decano de la Facultad (Palacios Sánchez, 2017-2019).

A partir de esta terna, el rector designó como nuevo decano al médico oftalmólogo rosarista Alfonso Tribín Ferro quien, en ese momento, era el vicedecano. Tribín Ferro fue el primer decano egresado de la Facultad, mediante Decreto Rectoral n.º 403, del 8 de julio de 1994, al iniciarse el último mes del gobierno de César Gaviria Trujillo. La decanatura de Tribín Ferro estuvo marcada, en primer lugar, por un ejercicio interno, coordinado por el Comité de Currículo, para reflexionar sobre los procesos

de acreditación curricular que se venían haciendo en las universidades norteamericanas; en segundo lugar, por la redefinición de las relaciones con la Sociedad de Cirugía de Bogotá; en tercer lugar, por el paulatino traslado de las oficinas, laboratorios y estudiantes de la Facultad a la sede de la Quinta de Mutis y por la progresiva apropiación de dicha sede; y, en cuarto lugar, por la diversificación de los campos de práctica, consecuencia del retiro de los estudiantes de la Facultad de las instalaciones del Hospital de San José.

### **Ejercicio interno de revisión curricular para una futura acreditación de la Facultad**

Al posesionarse el nuevo decano, en julio de 1994, un mes antes de la llegada de Ernesto Samper Pizano a la presidencia de la República, ya estaba vigente el nuevo plan de estudios que se había iniciado desde julio de 1993, durante la decanatura de Ucrós, y que fue expuesto en el apartado anterior. Fue este plan, revisado en sesiones posteriores del Consejo, el que se presentó en los documentos recopilados para el proceso de autoevaluación realizado a partir de junio de 1994 (Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, 1995: 48-54) y al que nos referiremos en seguida.

En efecto, como parte de su política neoliberal, el gobierno de Gaviria Trujillo había promulgado la Ley 30, del 28 de diciembre de 1992, por medio de la cual se organizó el servicio público de la Educación Superior en el país. En su artículo 1.º, esta Ley definió la educación superior como un proceso permanente que posibilita el desarrollo de las potencialidades del ser humano de una manera integral, que se realiza con posterioridad a la educación media o secundaria y tiene por objeto el pleno desarrollo de los alumnos y su formación académica o profesional. Así mismo, en su artículo 2.º estableció que la educación superior era un servicio público cultural, inherente a la finalidad social del Estado. Pero, además, en su artículo 53, dicha Ley creó el Sistema Nacional de Acreditación para las instituciones de educación superior, cuyo objetivo fundamental era el de garantizar a la sociedad que las instituciones que hacían parte del Sistema cumplían los más altos requisitos de calidad y que realizaban sus propósitos y objetivos. Este artículo estableció el carácter voluntario para que las instituciones de educación superior se acogieran a dicho sistema de

acreditación. Así mismo, se definió que la acreditación tendría carácter temporal y que las instituciones que se acogieran a este proyecto disfrutarían de las prerrogativas que para ellas estableciera la Ley y las que señalaran el Consejo de Educación Superior (CESU). Para llevar a cabo este proceso, el artículo 54 creó un Consejo Nacional de Acreditación, integrado, entre otros, por las comunidades académicas y científicas, el cual dependería del CESU, instancia que debería definir su reglamentación, sus funciones y su integración<sup>1</sup>.

Con este marco de referencia, y teniendo en cuenta que la participación de las instituciones en un proceso de acreditación se definió como voluntaria, “siguiendo las indicaciones de las Directivas de la Universidad”, se inició en la Facultad un ejercicio interno de autoevaluación con el fin de preparar su participación futura en el proceso de acreditación universitaria, que con la promulgación de esta Ley ya se hacía conveniente y beneficioso para respaldar el posicionamiento social de la propia Institución. Las directivas y el cuerpo docente de la Facultad prepararon entonces un documento basado en los “Criterios para la Acreditación de la Comisión de Universidades del Sur de los Estados Unidos”, con el fin de apoyar y generar dicho proceso de “autoestudio”. La fecha fijada por las directivas del Claustro para esto fue junio de 1994. Una vez terminado este, probablemente se solicitaría una evaluación externa por pares nacionales o internacionales. Dicha evaluación debería incluir profesores, empleados, estudiantes, junta de gobierno (cuerpo legal responsable por la institución) y administración (Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, 1995: 2).

Con referencia a ese proceso, solo se ha podido encontrar un volumen escrito a máquina, publicado en diciembre de 1995, durante la decanatura de Alfonso Tribín Ferro, y que reposa en el archivo de la Secretaría Académica de la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud. Este volumen contiene

---

<sup>1</sup> Este mecanismo de acreditación permitiría asegurar la alta calidad de las instituciones educativas, especialmente de las privadas, garantizando su reconocimiento y su posibilidad de competir con las públicas por la captación de estudiantes. Esto facilitaría la privatización progresiva de la educación, objetivo central del modelo neoliberal en este campo, que pretendía la reducción de la participación del Estado, no solo en el aseguramiento del derecho a la salud, sino también del derecho a la educación, consagrados ambos como derechos sociales y como servicios públicos en la Constitución de 1991.

una versión a profundidad del pensum académico que fue aprobado durante la decanatura de Antonio Ucrós Cuéllar, y que se ejecutó entre julio y diciembre de 1993, acompañado de otros documentos que reflexionan, desde varias perspectivas, en torno a los fundamentos de dicho pènsu.

Según estos documentos, cada semestre constaba de 20 semanas, de las cuales 18 eran semanas académicas, una semana más era para exámenes trimestrales y la otra para los exámenes finales. Así mismo, se definía que la Cátedra de Humanidades se dictaría en todos los semestres, casi que de manera transcurricular, aunque la inscripción era voluntaria (Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, 1995: 54). Esta cátedra se regía según lo establecido en el Decreto Rectoral n.º 378 del 22 de junio de 1993 e incluía las materias de:

- Cátedra de Formación Rosarista.
- Problemática Contemporánea.
- Ética.
- Filosofía Teórica y Práctica.
- Historia, Estética y Literatura.
- Estudios Interdisciplinarios.
- Expresión Oral y Escrita. (Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, 1995: 55-56)

Después de revisar el material de esta autoevaluación de junio de 1994 y las actas del Comité de Currículo de 1991 a 1993, podemos afirmar que, efectivamente, la comunidad académica de la Facultad estaba bajo una gran influencia de cambio, en línea con la tendencia de la salud comunitaria, pero también manteniendo la pregunta sobre ¿qué tipo de médico se debería formar? y, ¿cómo se debería formar? Según lo afirmaba el Comité Curricular en estos documentos, el marco conceptual del currículo se abordó desde cinco puntos de vista: 1) el de la salud, 2) el educativo, 3) el epistemológico y filosófico, 4) el psicológico y 5) el sociológico.

En primer lugar, desde el punto de vista de la salud y de las políticas de salud, “las cuales deben servir de marco de referencia en la orientación de los currículos, es preciso considerar las siguientes estrategias:

1. Familia sana y ambiente sano: atención básica de salud y ambiente para la familia y la comunidad.
2. Unificación del sistema de salud y sistema de aseguramiento público universal.
3. Descentralización y municipalización de la gestión de la salud.
4. Gestión eficiente y eficaz en las instituciones de atención en salud.
5. Optimización de la infraestructura hospitalaria e impulso a la producción de equipos.
6. Racionalización de la producción y distribución de medicamentos e insumos de salud para garantizar calidad y reducir costos.
7. Mejoramiento de la calidad de los servicios municipales de agua potable y saneamiento.
8. Reestructuración del proceso y de los perfiles en la formación de los recursos humanos y en la investigación en todos los niveles.
9. Fortalecimiento financiero.
10. Control y vigilancia<sup>2</sup>. (Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, 1995: 15)

En este campo se afirmó, así mismo, que era necesario capacitar al médico rosarista bajo un enfoque biopsicosocial y “en los tres niveles del Sistema Nacional de Salud, primario, secundario y terciario, [orientándolo] hacia la práctica de un trabajo en equipo con miras a lograr un desempeño profesional y ocupacional, caracterizado por un comportamiento ético y responsable, que le permita articular la ciencia con los aspectos humanísticos y comunitarios”<sup>3</sup> (Colegio Mayor de Nuestra Señora del

---

<sup>2</sup> Todas estas estrategias están articuladas a los planteamientos del Sistema General de Seguridad Social, creado por medio de la Ley 100 de 1993, desde la perspectiva de la propuesta neoliberal de aseguramiento público universal, regionalización y gestión eficiente y eficaz en las instituciones de atención en salud, definidas por el plan de desarrollo *La Revolución Pacífica* del presidente César Gaviria Trujillo y la Constitución de 1991.

<sup>3</sup> Aquí está presente la idea de una medicina “biopsicosocial”, apoyada en la enseñanza de la atención primaria y la medicina comunitaria, a partir de los planteamientos de Lalonde y Blum (Blum, 1974; Lalonde, 1974), e impulsada en Colombia por la, en ese entonces llamada, Escuela Colombiana de Medicina, hoy integrada a la Universidad del Bosque, y su mezcla acrítica con la interpretación de la OPS, acogida en Colombia, de los “niveles de prevención” de Leavell y Clark, convertidos en “niveles de atención”,

Rosario, 1995: 16). En lo referente a lo docente-asistencial, el documento afirmaba que deberá ser un ámbito dentro del cual “se movilice con vigor la educación médica hacia el futuro [...] por medio de la creación de un ambiente propicio que permita el trabajo conjunto fundamentalmente en la base, por medio de los prospectos de integración funcional”<sup>4</sup> (Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, 1995: 16). En 1984, y en el marco del conflicto surgido de este proceso, algunos estudiantes de la Facultad venían realizando prácticas de internado en los hospitales de Florencia y de Puerto Boyacá, zonas que se caracterizaban por la presencia permanente de alteraciones del orden público.

En el contexto de las políticas de salud, “los estilos de vida, actitudes y comportamientos de la comunidad deberán cambiar en forma positiva, reemplazando los factores de riesgo por factores de protección, ocupando espacios la educación en salud y la proyección social de la medicina, por medio de una práctica adecuada de sus profesionales”<sup>5</sup>. En este sentido, el documento planteaba que los servicios de salud deberían “orientar su acción no solamente hacia los aspectos biológicos y curativos sino también, a los psicosociales y ecológicos, con una atención continua y permanente

---

integrados al Sistema Nacional de Salud por los salubristas asesores del Ministerio de Salud (Fundación Escuela Colombiana de Medicina, 1984a: 13-16; Fundación Escuela Colombiana de Medicina, 1984b: 9).

<sup>4</sup> Este concepto de la integración docente-asistencial, promovido por ASCOFAME y el Ministerio de Salud, también había sido incorporado por la Escuela Colombiana de Medicina. La idea era que el estudiante pudiera tener una “participación temprana y equilibrada en todos los niveles de atención en una región de salud, con predominio de las actividades de Atención Primaria, y un trabajo más o menos prolongado en relación directa con el hospital de la comunidad, complementando por temporadas breves en hospitales especializados o en unidades de referencia”. Desde su ingreso a la universidad, el estudiante debería convertirse, pues, en un trabajador de la salud y en un educador de la comunidad. A partir de este concepto, el grupo de planeación curricular trató de identificar las funciones del “médico general” en los diferentes “niveles de atención” del Sistema Nacional de Salud (Fundación Escuela Colombiana de Medicina, 1984a: 14 y 20).

<sup>5</sup> Nótese la convivencia ecléctica y acrítica de aspectos originados en el modelo de la Medicina Preventiva, de Leavell y Clark, con aquellos derivados del modelo de la Medicina Comunitaria y de los “Estilos de Vida” surgidos del concepto de “Campo de la Salud” de Lalonde y Blum (Lalonde, 1974), así como los de la descentralización y del “estilo gerencial” de la administración en salud, procedentes del modelo sanitario neoliberal.

a grupos poblacionales definidos” (Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, 1995: 17).

Este enfoque hacia la salud debe estar sujeto a que la “descentralización municipal debe haber llegado a un modelo de excelencia operativa, y la salud básica a nivel local no deberá ser la sola aspiración, sino una atención justa en todos los niveles del Sistema de Salud, de acuerdo con la complejidad de la problemática individual de salud” (Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, 1995: 17-18).

En resumen, este primer punto afirmaba que “se aspira a formar un médico atento, observador, comunicador, clínico competente, practicante de las técnicas de promoción de la salud y prevención y, especialmente, capaz de abordar la salud desde el punto de vista del individuo, la familia y la comunidad, con una actitud clara, franca e internalizada de continuar el aprendizaje por medio del proceso de educación continua” (Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, 1995: 16).

En segundo lugar, desde el punto de vista de la educación superior, el documento presentaba cinco ejes conductores de los enfoques educativos:

- El eje conductor de la personalización destacaba que el punto central del proceso era la persona, como individuo, que estaba en constante quehacer de perfección y autoaprendizaje. “La personalización también hace énfasis en la participación activa del estudiante para que opere el aprendizaje y el desarrollo de su creatividad y su actitud investigativa en la indagación y búsqueda de soluciones”. Se deberá hacer al sujeto partícipe de su propia educación (Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, 1995: 19).
- El eje conductor del aprendizaje basado en problemas, en el que “los problemas pueden identificarse como una brecha entre lo que es y lo que debería ser. Es la distancia entre una situación deseable y una situación actual [que] implica un estado de insatisfacción y el interés por encontrar uno más satisfactorio”. Esta estrategia presentaba también diferentes ventajas para el estudiante, entre las que se encontraban el contacto con problemas sociales reales y actuales; la facilidad en la realización de propuestas para cambiar situaciones deficitarias por situaciones deseables, lo que

fomentaba su creatividad; el seleccionar alternativas de solución dentro de una gama de posibilidades, lo que los ejercitaba en la toma de decisiones; se les motivaba a la investigación; la práctica constante en una lógica-analítica y en el pensamiento hipotético-deductivo; y el acercamiento al enfoque holístico que les estimula su capacidad de desarrollar y atender la compleja multicausalidad de los problemas de salud (Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, 1995: 19-20).

- El eje conductor de la Educación Continua, que “orienta la educación como un proceso que persiste a lo largo de la existencia y abarca las diversas estancias por donde transita el hombre”. La persona es un ser educable en todas las etapas de la vida, por lo que es preciso buscar nuevas formas de educación (Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, 1995: 20).
- El eje conductor de la tecnología educativa, en el que se consideraba la tecnología como una mediación concreta entre la ciencia y la acción, que “se define en términos de acción, transformación, organización y aplicación del conocimiento científico en la solución de problemas” (Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, 1995: 21). De esta manera, la tecnología educativa no podía desligarse de la ciencia, sino que sería la forma de aplicar conocimientos científicos en la solución de problemas. Así, entonces, se incluía la “tecnología educativa como un nuevo paradigma que facilita una serie de estrategias modernas de gran utilidad para facilitar los ambientes de aprendizaje en los desarrollos curriculares” (Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, 1995: 22).
- El eje conductor de las funciones y características de la educación superior. Entre las funciones de la Universidad se incluían la docencia, la investigación y el servicio. En cuanto a la docencia, se afirmaba que el docente había dejado de ser un transmisor de conocimientos y había pasado a desempeñar un papel de facilitador del autoaprendizaje; el servicio se refería a que se daba una nueva perspectiva de la “educación superior en la medida en que esta se compromete con la problemática social de la comunidad

donde se encuentra inserta”. Con respecto a la investigación, se afirmaba que se “debe estimular una actitud de búsqueda creativa e interés por producir nuevos conocimientos, ampliar los ya adquiridos e indagar diversas aplicaciones de los mismos” (Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, 1995: 22).

- Las funciones de la educación superior serían las de la corporatividad (en cuanto a la razón de ser de las instituciones de educación superior como comunidades universitarias organizadas y mediante la interacción estable entre estudiantes, directivos, docentes y comunidad en general); la universalidad (desde esta perspectiva, el conocimiento debía proyectarse hacia los servicios y hacia la comunidad, con el fin de que sus participantes se actualizaran en los nuevos principios y tendencias científicas); la autonomía (se refería a la libertad de las facultades y organismos de salud para generar sus propios programas y estrategias educativas); y la científicidad (principio que parte del presupuesto de que tanto la universidad como los servicios debían convertirse en fuente generadora de nuevos conocimientos). Junto con la universalidad, este aspecto tiene un rol importante en la creación de nuevos esquemas para dar solución a diferentes problemáticas (Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, 1995: 22-23).

En tercer lugar, desde el punto de vista filosófico y epistemológico el currículum debería basarse en diversas corrientes filosóficas: la pragmática, en el sentido de la solución de problemas en interacción con el medio ambiente; la existencialista, que guiaba la “flexibilidad” del currículum y la capacidad de cada alumno de escoger lo que va a aprender; y la del personalismo, que apoyaba las nociones del desarrollo integral de los estudiantes, por lo que el currículum se entendió como un conjunto de actividades planeadas y encaminadas al desarrollo personal (Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, 1995: 24-25).

En este sentido, el plan de estudios trabajaba sobre las corrientes epistemológica positivista, despojándose y a los alumnos de toda subjetividad, y neopositivista, en la que la ciencia es un “conjunto sistemático de enunciados que explican y predicen los hechos que acaecen en la realidad,

siendo estos enunciados verificables, mediante contrastación empírica o mediante falsación” (Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, 1995: 25). Así mismo, se construyó bajo las corrientes del racionalismo crítico de Popper, por el que se cuestionaba el concepto tradicional de la objetividad de la ciencia y se despoja de confiabilidad a las leyes que se establecen; de la epistemología francesa, que contemplaba la historia material de las ciencias y de la práctica de los científicos; de la teoría crítica, por la que se buscaba desenmascarar los intereses cognoscitivos de las ciencias para cuestionar la sociedad positivizada; y la epistemología genética, en la que se profundizaba “en el estudio de la inteligencia y la formación de los conceptos de acuerdo con las estructuras del sujeto y los estudios que recorre en su desarrollo”<sup>6</sup> (Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, 1995: 25-26).

En cuarto lugar, el punto de vista psicológico apunta a dos aspectos esenciales: los principios y las teorías del aprendizaje y el enfoque con respecto al desarrollo de la personalidad del estudiante. En este apartado se revisaban diferentes teorías sobre los procesos de aprendizaje. La primera de estas teorías, y siguiendo las propuestas de Burrhus Frederic Skinner, se planteaba el aprendizaje como modificación de la conducta, en el que el ambiente educativo “se convierte en una red de situaciones reforzantes o aversivas que conducen a la intensificación de ciertas conductas y a la disminución de otras” (Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, 1995: 27). La segunda teoría, y siguiendo a Robert M. Gagné, el aprendizaje como procesamiento de información, en el que juegan un papel vital los procesos de estímulo-receptor, y se destaca a su vez, en este enfoque, el proceso que siguen los eventos de aprendizaje en términos de motivación, comprensión, adquisición, recordación, recuperación, generalización,

---

<sup>6</sup> Esta manera de abordar las fuentes filosóficas de un currículo deja entrever las varias posturas filosóficas de los participantes en el proceso de “autoevaluación”, desde cierto eclecticismo acrítico, pues no hay un análisis histórico-epistemológico crítico que permita hacer claras las similitudes y las diferencias entre dichas corrientes, ni las contradicciones existentes entre cada uno de estos sistemas filosóficos y su expresión en el currículo mismo. Pareciera que los formuladores de este currículo tomaron frases de cada uno de los autores pero no profundizaron en el pensamiento de cada uno de ellos para construir un modelo crítico integrador (*Nota de los autores*).

desempeño y retroalimentación (Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, 1995: 27-29). La tercera teoría, tomando los planteamientos de Jean Piaget, se afirmaba que el aprendizaje se daba en función de la estimulación del desarrollo de las potencialidades. La cuarta teoría, de acuerdo con Carl Rogers, planteaba que el aprendizaje significativo se basaba en el desarrollo de la creatividad y autodirección, mediante la práctica<sup>7</sup> (Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, 1995: 29-31).

A partir de esta revisión de teorías del aprendizaje, el documento planteaba una serie de principios fundamentales que debían acogerse en la formulación del currículo:

- Un aprendizaje más creativo que receptivo: “[...] lo que importa es la experiencia de la indagación, la reflexión, la relación y la generalización”.
- El aprendizaje como experimentación: “[...] el aprendizaje más vital es aquel que parte de la experiencia, de la observación, del análisis y de la averiguación”.
- El aprendizaje como proceso interno: “[...] que solamente puede ser controlado por el que aprende. Esto cambia el papel de la institución que de ser ‘la que distribuye conjuntos seleccionados de conocimiento, pasa a ser la que trabaja con individuos’”.
- Las tareas de aprendizaje deben adaptarse a las diferencias individuales del que aprende con adaptación a sus necesidades, intereses y estilos de aprendizaje<sup>8</sup> (Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, 1995: 31-32).

---

<sup>7</sup> En este punto también se acogen y se presentan con igual prioridad diferentes corrientes filosófico-psicológicas del aprendizaje, contradictorias entre sí, como las procedentes del conductismo radicalmente positivista y las basadas en el desarrollo de las potencialidades y de la creatividad y la autodirección.

<sup>8</sup> Con la formulación de estos “principios fundamentales del aprendizaje”, pareciera ser que los participantes se pusieron de acuerdo más en lo concerniente con una posición basada en el desarrollo de las potencialidades y de la creatividad y la autodirección que en las de orientación conductista positivista. Sin embargo, en el documento no aparece ninguna reflexión en torno a las discusiones y a los criterios utilizados para definir dichos principios.

Finalmente, en quinto lugar, el punto de vista sociológico se concentraba en la interrelación entre sociedad y profesional, que se entendía solo captando de manera analítica las interacciones de las organizaciones sociales. En este sentido, se planteaba que “la acción del profesional se desenvuelve en estrecho vínculo con la organización social en la que vive, tanto a nivel micro, en relación con la comunidad a la cual pertenece y al nivel macro, en cuanto hace alusión a la organización social del país” (Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, 1995: 33). El currículo debería orientar al estudiante no solo en el análisis crítico de los factores que le permitieran el estudio estructural de la sociedad en que vivía, sino también en formar actitudes de compromiso social. En conclusión, la fundamentación sociológica debía apuntar a concretar los principios sociales que se deberían aplicar en la práctica curricular<sup>9</sup> (Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, 1995: 34).

Todos estos puntos de vista que conformaron el marco teórico que fundamentó el nuevo currículo fueron la continuación y perfeccionamiento de las reformas realizadas durante la decanatura de Antonio Becerra Lara, mencionadas atrás, siguiendo el enfoque biopsicosocial, que incluía los cinco componentes de formación establecidos en la reorganización curricular puesta en marcha durante esa decanatura: psicobiológico, administrativo, investigativo, sociohumanístico y docente. Toda esta articulación implicó, a su vez, una revisión de la manera de entender y tratar el fenómeno de salud-enfermedad. Estos cinco factores definieron la formación del médico, así como la orientación de los egresados rosaristas (Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, 1995: 16).

En relación con estos estudios curriculares y de acreditación, se había puesto especial atención a la integración de las ciencias básicas. En efecto, durante 1994, se había realizado un foro de educación en la Universidad del Rosario por iniciativa del rector Mario Suárez Melo. Así, con el aval del decano Tribín, el profesor Ciro Casadiego presentó la estructura de lo que sería el Instituto de Ciencias Básicas, desde la perspectiva de la

---

<sup>9</sup> A pesar de que en este apartado se citan varias frases entre comillas, no se especifican los autores de dichas afirmaciones y es difícil saber en quiénes se están basando para construir sus argumentos.

integración académica de las áreas de ciencias básicas con el área de salud y la de investigación. La propuesta incluía la creación de diferentes áreas o unidades pedagógicas, entre ellas, morfología, fisiología, genética o biología molecular, bioquímica, patología, microbiología y parasitología, y de neurociencias. Esta propuesta distribuía el conocimiento entre los cuatro primeros semestres de la carrera, lo que implicaba una integración temporal y del conocimiento (Casadiego, 2016).

Después de planteada la propuesta, y de su buen recibimiento por parte de las directivas de la Universidad y de la Facultad, se inició un proceso de modificación del convenio con la Sociedad de Cirugía de Bogotá, situación que puso en pausa este proyecto de Casadiego.

### **Reorientación del Departamento de Medicina Preventiva**

En una carta dirigida a Catalina Latorre, Jefe de la Cátedra de Medicina Preventiva y Salud Comunitaria, fechada el 24 de agosto de 1994, y firmada por el nuevo y recién posesionado decano, Alfonso Tribín Ferro, y por el Secretario Académico, Leonardo Palacios Sánchez, se le informaba a la profesora que “el Consejo Directivo de la Facultad de Medicina, en su Sesión número 71<sup>10</sup>, ha aprobado la creación del Departamento de Medicina Preventiva [y] se ha decidido así mismo que Usted sea la Jefe de ese Departamento y, de manera especial, le solicitamos [que] continúe como Jefe de la Cátedra que actualmente dirige”<sup>11</sup>.

La profesora Catalina Latorre, después de haber terminado su Maestría en Administración en Salud en la Universidad Javeriana, a finales de 1993, había obtenido una beca de la Fundación Fulbright, y viajó a Boston a formarse en Gerencia y Gestión en Salud (Health Management). Allí tomó el curso de formación en proyectos de base comunitaria que se llamaba *Urban Health* y, estando allá, tuvo la oportunidad de conocer el documento recientemente publicado por el Banco Mundial *Invertir en*

---

<sup>10</sup> Dicha acta no se ha podido localizar, pues la colección de actas que van de 1985 a 1987 no se encuentran en el Archivo de la Facultad de Medicina y nadie da razón de ellas. (*Nota de los autores*).

<sup>11</sup> Copia de la carta amablemente cedida por la profesora Latorre.

*salud en países en desarrollo* (Berkley et al., 1993), en el cual se planteó toda la política neoliberal en salud impulsada por dicha institución financiera<sup>12</sup>.

A mediados de 1994, al regresar al país, imbuida de las ideas neoliberales en salud, como ya se dijo atrás, retomó la enseñanza en la Facultad de Medicina del Rosario en la cátedra que la propia profesora Latorre había orientado hacia la “salud comunitaria”, concepto basado, como ya se ha mencionado, en el modelo de los “estilos de vida” de Lalonde y funcional al enfoque neoliberal en salud (Latorre Santos, 2018: 2).

Simultáneamente, mientras continuaba como directora del Departamento, la profesora Latorre se vinculó a trabajar como asesora en la Caja Nacional de Previsión (Cajanal), coordinando el proceso que llevó a que esta fuera la primera institución que se transformó en EPS, como parte de toda la implementación de la Ley 100. Al final de 1994, decidió abandonar su participación en las prácticas comunitarias, pero continuó dirigiendo el Departamento virtualmente. Carolina Enríquez, la enfermera rural, y Alba Janeth Gil, la médica rural de Patio Bonito, permanecieron trabajando allí bajo su supervisión (Latorre Santos, 2018). De esta manera, todo el grupo que de ella dependía siguió moviéndose por los diferentes puntos de trabajo comunitario en Patio Bonito, actividad que continuó hasta 1996.

La enseñanza de la salud comunitaria se mantuvo en el primero, en el quinto y en el décimo semestre, pero se hicieron modificaciones de los contenidos del programa. Además del módulo en Gerencia en Salud ya mencionado, se hace un importante énfasis en Salud Ocupacional, el cual se refleja también en las prácticas de Patio Bonito, donde se comienza una labor con trabajadores informales, específicamente recicladores de basura.

A comienzos de 1995, la profesora Latorre se vinculó al Ministerio de Salud como “consultora júnior” para la formación del talento humano y, a finales de ese mismo año, entró a hacer parte del grupo de trabajo del llamado Plan Maestro para la implementación de la Ley 100, recibiendo influencia directa del programa de Harvard. Allí se mantuvo hasta 1997. Con ese posicionamiento, y partiendo de su formación como gestora, gerente y administradora en salud, en 1998, la profesora Latorre se retiró de

---

<sup>12</sup> Para mayor información sobre este informe y sobre las políticas neoliberales del Banco Mundial, véase el trabajo de Jennifer P. Ruger (Ruger, 2006 [2004]).

la Facultad de Medicina y se vinculó a la Facultad de Administración de Empresas de la Universidad del Rosario, en donde comenzó a dirigir las especializaciones en Auditoría en Salud, Gerencia en Salud, Gerencia en Salud Ocupacional, en convenios con el Centro de Estudios en Salud (CES) y con la Eafit, de Medellín. Igualmente, pero localizada en la Facultad de Medicina, la especialización en Epidemiología (Latorre Santos, 2018: 2-3). Así, pues, la Medicina Preventiva orientada a la Comunidad dio paso en el Rosario a la Salud Comunitaria, a la Medicina Familiar y a la Gestión y Administración en Salud, coherentes con el enfoque neoliberal que ya era hegemónico en el país (Latorre Santos, 2018: 3).

### **Redefinición de las relaciones entre el Colegio Mayor del Rosario y la Sociedad de Cirugía de Bogotá**

El convenio firmado entre la Universidad del Rosario y la Sociedad de Cirugía de Bogotá, el 15 de junio de 1965, había sido modificado en diferentes ocasiones (el 4 de agosto de 1982 y el 13 de octubre de 1993)<sup>13</sup>. Al llegar Mario Suárez Melo a la rectoría de la Universidad del Rosario, en septiembre de 1992, pocos meses después de que el anterior rector Gustavo de Greiff, fuera nombrado como fiscal general de la Nación, comenzó a poner en práctica algunas reformas de carácter administrativo. Pero, más allá de esas transformaciones internas, y como parte de su gestión, el nuevo rector Suárez Melo comenzó a evaluar las interacciones existentes entre la Universidad y las otras instituciones con las cuales tenía convenios docentes y, hacia mediados de 1994, decidió tomar el control directo de las diferentes facultades que funcionaban en cooperación con otras entidades.

En efecto, por decisión del rector, el 31 de octubre de 1994, se terminó el convenio que la Universidad tenía con la Escuela Colombiana de Rehabilitación y, a partir de 1996, las tres Facultades que integraban

---

<sup>13</sup> Convenio docente-asistencial entre el Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario y la Sociedad de Cirugía de Bogotá. 19 de diciembre de 1994: 1. Archivo de la Facultad de Medicina.

esta Escuela —Fisioterapia, Fonoaudiología y Terapia Ocupacional— se instalaron en los predios del Claustro de la Universidad del Rosario<sup>14</sup>.

Esto fue lo que ocurrió también con la Facultad de Medicina: el rector decidió retirarse de la alianza con la Sociedad de Cirugía de Bogotá y asumir su control directamente desde la Universidad. Comenzó así un proceso de negociación con la Sociedad de Cirugía para modificar el convenio previamente suscrito desde 1965. Él quería modificarlo para darle más poder a la Universidad del Rosario. Por otra parte, la segunda decisión que él tomó fue la de crear un hospital propio para la Facultad. Empezó, entonces, a apropiarse recursos y dineros para el proyecto, diciendo “vamos a tener un hospital” (Palacios Sánchez, 2015).

Después de un proceso largo de negociaciones, el viejo convenio entre la Sociedad de Cirugía de Bogotá y la Universidad del Rosario fue reemplazado por uno nuevo, firmado el 19 de diciembre de 1994, por el rector Mario Suárez Melo y el presidente de la Sociedad de Cirugía, Guillermo Rueda Montaña, seis meses después de posesionado Tribín Ferro en la decanatura. Este debería entrar en vigencia a partir del 1º de enero de 1995<sup>15</sup>. El nuevo acuerdo entre las dos partes, ahora titulado

---

<sup>14</sup> Aunque ya hemos mencionado atrás pequeños apartes de esta historia, vale la pena recopilarla aquí: la integración de las facultades de Fisioterapia, Fonoaudiología y Terapia Ocupacional en esta nueva sede materializaba el punto de llegada de una historia que había comenzado el 1.º de abril de 1952. En esa fecha, el médico Juan Ruiz Mora había fundado la Escuela Nacional de Fisioterapia, cuyo nombre fue rápidamente cambiado por el de Escuela Colombiana de Fisioterapia, debido a que el término *Nacional* era de uso exclusivamente oficial. Esa Escuela estaba compuesta de tres programas académicos interrelacionados: Fisioterapia, Fonoaudiología y Terapia Ocupacional. Luego, en 1968, por medio de un convenio firmado entre dicha Escuela y la Universidad del Rosario, esa institución se transformó en Escuela Colombiana de Rehabilitación, dependiente de la Universidad del Rosario y compuesta, a su vez, por tres facultades: Fisioterapia, Fonoaudiología y Terapia Ocupacional. No obstante, el mencionado convenio se terminó en 1995, por decisión del rector de ese entonces, Mario Suárez Melo. Como consecuencia, a partir de 1996 las tres facultades —Fisioterapia, Fonoaudiología y Terapia Ocupacional— se instalaron en el Claustro de la Universidad del Rosario, y la Escuela Colombiana de Rehabilitación continuó sus tareas académicas, en su propia sede, con sus programas originales y con el mismo nombre, de forma independiente y autónoma (Rodríguez Prieto, 2018: 36, 38, 52).

<sup>15</sup> Acta n.º 1 del Consejo Académico del 6 de abril de 1995: 1.

Convenio Docente-Asistencial, sustituyó integralmente los términos de los convenios anteriores:

[...] por un régimen de prestación de servicios docente-asistenciales por parte de LA SOCIEDAD al COLEGIO, a través del Hospital de San José, y en función de sus recursos materiales, científicos y humanos, a fin de facilitar que EL COLEGIO continúe de manera autónoma e independiente con la función académica dirigida a formar MÉDICOS a nivel de pregrado a través de su Facultad de Medicina. Es entendido que entre LA SOCIEDAD y EL COLEGIO se constituye una relación docente-asistencial bajo el régimen establecido por las leyes y en especial del correspondiente decreto reglamentario<sup>16</sup>.

Para los efectos consignados en la cláusula primera del nuevo convenio, arriba citada, la Sociedad se comprometió a poner en el Hospital de San José, y disposición del Colegio Mayor del Rosario, las instalaciones y equipos disponibles y necesarios para la docencia en medicina, la cual estará regida enteramente por el Colegio. Igualmente, la Sociedad se comprometió a dar el apoyo médico y científico necesario para configurar la relación docente-asistencial que permitiera la excelencia en la formación médica. Para esto, la Sociedad procuraría acondicionar las instalaciones y equipos de la manera más adecuada posible. Por su parte, el Colegio se comprometió a pagar a la Sociedad un valor correspondiente al 10% del costo de las matrículas que el Colegio recaudara de los estudiantes de los semestres que se desarrollaban en el Hospital de San José, como compensación por el uso de las instalaciones y equipos y por el apoyo médico y científico que prestaría el Hospital de San José a la Facultad. En consecuencia, de acuerdo con este convenio, el Colegio podrá decidir el traslado de uno o varios semestres a otras instalaciones, previo aviso a la Sociedad con una anticipación mínima de seis meses antes de la instalación de cada período semestral. Igualmente, dentro del 10% indicado

---

<sup>16</sup> Convenio docente-asistencial entre el Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario y la Sociedad de Cirugía de Bogotá. 19 de diciembre de 1994: 1. Archivo de la Facultad de Medicina.

de compensación, la Sociedad se comprometía a garantizar los cupos necesarios para que los estudiantes pudieran realizar su internado en el Hospital de San José, según la reglamentación que para la coordinación operativa del internado expediera la Sociedad<sup>17</sup>.

Desde el punto de vista de los docentes, el Colegio quedaba en la libertad de seleccionar el personal docente de la Facultad, pero se obligaba “a considerar prioritariamente, y con la aceptación del director del Hospital de San José, a los médicos de la nómina de personal de dicho Hospital, para la enseñanza en los semestres que fueran a ser desarrollados en las instalaciones del mismo”. No obstante, los médicos que no hubiesen sido nombrados como docentes de la Facultad, pero que apoyaran la actividad docente en el Hospital, podrían ser incluidos en el escalafón y podrían recibir las distinciones académicas provistas en el correspondiente reglamento<sup>18</sup>. Para los efectos operativos del convenio, y en virtud de este, se creó un Comité integrado por cuatro miembros, dos que serían elegidos por el Colegio y dos por la Sociedad, uno de los cuales sería el director del Hospital de San José, quien, además, lo presidiría. Las funciones de este comité serían “las de coordinar y evaluar el desarrollo y evaluación de las actividades que se cumplan y sugerir todas las medidas que fueren oportunas para el fiel cumplimiento del convenio. La elección se hará para períodos de dos años y sus miembros podrán reelegidos”<sup>19</sup>.

Para el caso de los estudiantes de internado y de posgrado, estos serán supervisados por los profesionales que estuviesen autorizados por la dirección del Hospital, siempre bajo la responsabilidad de la Sociedad de Cirugía de Bogotá. Los pagos que se hicieren al personal docente de pregrado seleccionado y contratado por el Colegio serían responsabilidad

---

<sup>17</sup> Convenio docente-asistencial entre el Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario y la Sociedad de Cirugía de Bogotá. 19 de diciembre de 1994: 1-2. Archivo de la Facultad de Medicina.

<sup>18</sup> Convenio docente-asistencial entre el Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario y la Sociedad de Cirugía de Bogotá. 19 de diciembre de 1994: 2. Archivo de la Facultad de Medicina.

<sup>19</sup> Convenio docente-asistencial entre el Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario y la Sociedad de Cirugía de Bogotá. 19 de diciembre de 1994: 3. Archivo de la Facultad de Medicina.

exclusiva de este, así como los del personal administrativo que fuesen nombrados para el funcionamiento de la Facultad dentro del Hospital<sup>20</sup>.

Por su parte, la Sociedad se reservó, por medio de este convenio, “el derecho de organizar por su cuenta y bajo su responsabilidad administrativa, económica, científica y académica, cursos de posgrado, pero se comprometió a dar prelación para el ingreso, a los egresados de la Facultad de Medicina del Colegio. Así mismo, la Sociedad se reservó el derecho de organizar otros programas docentes en el campo de la salud”<sup>21</sup>.

A dicho Convenio, que se configuró como un acuerdo de transición, se le adjudicó una duración de seis años contados a partir del 1.º de enero de 1995 y podría darse por terminado por mutuo acuerdo entre las partes, o renovarse, si dentro del último año una de las partes llega a expresar su voluntad de prorrogarlo.

### ***La búsqueda de un nuevo hospital***

A partir de ese momento, en 1995, la Universidad del Rosario inició un proceso para conformar alguna nueva alianza, ya fuese con un hospital existente o con alguna organización que apoyara la construcción de uno nuevo con el fin de lograr un Hospital Universitario para la Facultad de Medicina. Dado que este fue un proceso que tomó cerca de diez años, estuvieron involucrados en él diferentes actores y responsables. Cabe destacar la participación transversal en la realización y seguimiento de varios de estos proyectos de Ana Isabel Gómez Córdoba, Catalina Latorre Santos, Leonardo Palacios Sánchez y Sandra Roca Garavito.

En este contexto, la Universidad del Rosario buscó una alianza con la Organización Sanitas Internacional y su Compañía de Medicina Prepagada Colsanitas en Colombia, en 1995, para la construcción de un Hospital Universitario y un edificio de consultorios en los predios de la Quinta de Mutis. Como lo mencionaba el rector Mario Suárez Melo en 1996:

---

<sup>20</sup> Convenio docente-asistencial entre el Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario y la Sociedad de Cirugía de Bogotá. 19 de diciembre de 1994: 4. Archivo de la Facultad de Medicina.

<sup>21</sup> Idem.

[...] Hemos iniciado un plan de transformación de las instalaciones de la facultad y de construcción y dotación de una clínica universitaria propia. Lo anterior demandará la mayor inversión económica que haya realizado la universidad en toda su historia, pues la cifra estimada es de \$20.000 millones. Comprenderá: la clínica universitaria de 220 camas y un centro médico de aproximadamente 100 consultorios. (Suárez Melo, 1996: 371)

El convenio se firmó y hasta salió publicado en el diario *El Tiempo* el día 3 de abril de 1995<sup>22</sup>. Sin embargo, el proyecto se cayó por desacuerdos con respecto a la contribución monetaria definitiva por parte de los socios para la compra del lote (Palacios Sánchez, 2015).

El siguiente intento en la búsqueda de un nuevo hospital fue el acercamiento al Hospital San Carlos, antiguo Hospital Antituberculoso que pretendía convertirse en Hospital General. La Facultad de Medicina del Rosario vio en esta coyuntura la posibilidad de convertir dicha institución en su hospital universitario, apoyándose en el Seguro Social. Para eso, el rector inició conversaciones con su entonces director Carlos Wolff Isaza. No obstante, al poco tiempo, ante las protestas manifiestas y públicas del sindicato del Seguro Social alrededor de la privatización de uno de sus hospitales más emblemáticos, la Universidad decidió retirarse del proyecto (Latorre Santos, 2018-2020; Palacios Sánchez, 2017-2019).

Como consecuencia de esto y otros hechos, a finales de 1999, “[...] la Procuraduría General de la Nación le formuló pliego de cargos [a Wolff] por posibles irregularidades cometidas en el programa de Adscripción y Libre Escogencia, a través del cual el Seguro contrató, en 1998, a las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), para que atendieran a los afiliados”<sup>23</sup>.

Otro proyecto fue el de Hospitalia, en 1998, firma holandesa contratada por la Universidad del Rosario, la cual entregó un proyecto muy completo sobre lo que podría ser un hospital universitario de alta

---

<sup>22</sup> *El Tiempo*, 3 de abril de 1995. <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-309082>

<sup>23</sup> *El Tiempo*, 23 de diciembre de 1999. <https://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-956847>

complejidad, el cual debería ser construido en el mismo lote de la Quinta de Mutis. Las características de este proyecto eran la cooperación directa en él de esta firma y el hecho de que se iban a comprar todos los equipos a la Unión Europea. Pero el proyecto costaba mucho dinero y la Universidad decidió no embarcarse en él (Latorre Santos, 2018-2020; Palacios Sánchez, 2017-2019).

## **Reestructuración de la Facultad como consecuencia del Convenio**

Bajo estas nuevas condiciones, el Acuerdo 75 de la Honorable Consiliatura, del 27 de enero de 1995, estableció la necesidad de formar un Consejo Académico que se encargara del gobierno de la Facultad, razón por la cual el Consejo Directivo creó el mencionado Consejo en su reunión n.º 76 del 15 de febrero de 1995<sup>24</sup>.

Bajo este nuevo Convenio Docente-Asistencial con la Sociedad de Cirugía de Bogotá y como continuación del proceso de renovación del currículo y de autoevaluación iniciado en 1994<sup>25</sup>, la Facultad inició el camino hacia la acreditación del pregrado, de los programas de posgrado y del internado, incluyendo el eje de investigación. Como se mencionó en el acta de la sesión ampliada del Consejo Académico del 25 de octubre de 1995, la acreditación hacía parte de un plan de transformación institucional de orientación rosarista, fundamentado en cinco ejes principales de fortalecimiento: el de la formación rosarista, el del área académica, el del área financiera, el de la comunidad rosarista y el de la gestión universitaria<sup>26</sup>.

Este estudio a profundidad del currículo, en el marco del proceso de autoevaluación de la Facultad, se había iniciado con la organización de unos foros por áreas temáticas, coordinados por el Comité de Currículo. El primero de ellos fue el foro de ciencias básicas, el cual se había realizado ya en marzo de 1994, durante la decanatura de Antonio Ucrós Cuéllar. El segundo, que estuvo dedicado a las ciencias clínicas, se llevó a cabo en

---

<sup>24</sup> Acta n.º 1 del Consejo Académico del 6 de abril de 1995: 1.

<sup>25</sup> Siguiendo el modelo de la Liga de Universidades del sur de Estados Unidos.

<sup>26</sup> Acta de la sesión ampliada del Consejo Académico del 25 de octubre de 1995. Documentos anexos.

noviembre de 1994, ya cuando Alfonso Tribín Ferro fungía como decano. Ya, en el marco del nuevo Convenio, se puso en marcha el tercero de estos foros, en marzo de 1995, y estuvo centrado en el tema de las ciencias quirúrgicas (Astaiza, 1996: 336).

En la segunda sesión del Consejo Académico, del 15 de junio de 1995, se dio cuenta de la realización de este tercer foro sobre ciencias quirúrgicas y se programó un nuevo foro sobre Internado Rotatorio, para agosto de ese año<sup>27</sup>. Estos foros sirvieron como material fundamental para la toma de decisiones del Comité de Currículo con respecto a cambios en el plan de estudios de la Facultad, con los siguientes criterios:

- Disminuir abundantemente el número de materias en cada semestre y quizás su intensidad horaria.
- Inducir a los estudiantes al autoestudio, a la autodirección, y mayor uso de la biblioteca.
- Seguir con el fortalecimiento [de] las Humanidades [y del] Inglés.
- Seleccionar lo básico y lo fundamental para el Pregrado.
- Profundizar y ampliar el conocimiento en Postgrado.
- Implementar informática y computadores.
- Crear mecanismos prácticos para la articulación básico-clínica.
- Tener en cuenta las características de la sociedad presente y próxima en la cual ejercerán nuestros egresados<sup>28</sup>.

Siguiendo estos principios conceptuales y procedimentales, se creó un Comité de Acreditación que estaría bajo la coordinación de la Oficina Curricular de la Facultad (Astaiza, 1996: 336). Este Comité estuvo encargado de la coordinación del proceso de autoevaluación, adoptando el modelo de ASCOFAME, y fue integrado por:

- Hernando Bernal, jefe del Departamento de Planeación,
- Rafael Riveros, consiliario,

---

<sup>27</sup> Acta n.º 2 del Consejo Académico del 15 de junio de 1995: 2.

<sup>28</sup> Acta de la sesión ampliada del Consejo Académico del 25 de octubre de 1995. Documentos anexos.

- Alfonso Tribín, decano,
- Leonardo Palacios, jefe de la Oficina de Educación Médica,
- Hernando Chacón, secretario académico,
- Heber Astaiza, coordinador del Comité de Acreditación,
- Jesús Alberto Gómez Palacino, jefe de Educación Médica del Hospital Infantil Lorencita Villegas de Santos,
- Nhora Palacino, directora administrativa,
- Celmira de Álvarez, coordinadora de Ciencias Básicas,
- José Ignacio Hernández, representante de Medicina Interna,
- Arturo Valencia, representante de Salud Mental,
- Catalina Latorre, representante de Medicina Preventiva y Comunitaria,
- Patricia Granada de Prada, representante de la Cátedra de Pediatría,
- Edna Cruz, presidente del Consejo Estudiantil,
- Oscar Javier Quintero, presidente de Bienestar Estudiantil<sup>29</sup>.

Mientras se llevaban a cabo los mencionados foros tendientes a consolidar la reforma curricular, la Facultad comenzó a prepararse para poner en marcha las nuevas relaciones con la Sociedad de Cirugía, surgidas como consecuencia del nuevo convenio docente-asistencial.

## **Traslado progresivo de la Facultad a la sede de la Quinta de Mutis**

### ***Redistribución de los estudiantes de la Facultad***

El nuevo Convenio que, como ya se dijo, tenía el carácter de transicional, implicó para las directivas la realización de un plan de traslado progresivo de sus estudiantes hacia la sede de la Quinta de Mutis y hacia otros centros de práctica, para implementar la salida de estos, paso a paso, del Hospital de San José. Dicho proceso se comenzó a concretar al final del año de 1995. Así, el Consejo Académico, en su sesión del 15 de diciembre de ese

---

<sup>29</sup> Acta de la sesión ampliada del Consejo Académico del 25 de octubre de 1995. Documentos anexos.

año, decidió que a partir de 1997, los estudiantes de los primeros tres semestres se trasladarían a la sede de la Quinta de Mutis; el cuarto semestre, de Patología, tendría como sede el Instituto Nacional de Cancerología; los estudiantes que cursaban quinto y sexto semestres (Medicina Interna I y II) irían al Hospital de Kennedy; el séptimo semestre (Pediatria) y el noveno semestre (Ginecología y Obstetricia) se realizarían en el Hospital Infantil Lorencita Villegas de Santos; el octavo semestre (Cirugía) se realizaría en la Clínica San Rafael<sup>30</sup>.

La Facultad buscaba así mantener y fortalecer sus conexiones y convenios con los otros hospitales que la estaban apoyando en esta transición, incluido el Infantil y el de Kennedy. Esta situación coincidió con la promulgación del Decreto n.º 190 del 25 de enero de 1996, del presidente Ernesto Samper Pizano, por el cual se dictaron normas que reglamentaban la relación docente-asistencial en el sistema general de seguridad social. Esto llevó a que la Universidad del Rosario tuviese que regular y adoptar el pago de matrículas por parte de los internos y residentes<sup>31</sup>.

De la mano con este proceso, el Consejo Académico presentó una nueva propuesta para el internado en el Hospital Infantil, relacionada con el porcentaje de atribución de matrículas. Se estableció que con dicho Hospital y con el Hospital de San José la Facultad aportaría un 10% del valor de las matrículas de pregrado y el 100% de las matrículas de posgrado<sup>32</sup>, proporcional al tiempo que los alumnos rotaban por esas instituciones, de acuerdo con lo establecido previamente en el Convenio Docente Asistencial. Por esta razón, se decidió también que el porcentaje para el Hospital de Kennedy debía ser el mismo.

Ya finalizadas las negociaciones con estas entidades, en septiembre de 1996, la Facultad tomó la decisión de iniciar el planeado traslado progresivo

---

<sup>30</sup> Acta n.º 6 del Consejo Académico del 15 de diciembre de 1995: 3.

<sup>31</sup> Este decreto reafirmaba que los internos eran estudiantes de pregrado y decretaba que los estudiantes de posgrado deberían estar afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, y Riesgos Profesionales. Hasta ese entonces, la matrícula que se cobrara a los internos y a los residentes era de carácter simbólico, con un valor muy bajo y, a partir de ese entonces, se establecieron matrículas similares a las de los semestres anteriores.

<sup>32</sup> Acta n.º 7 del Consejo Académico del 27 de febrero de 1996: 1.

de los semestres de ciencias básicas a la sede de la Quinta Mutis, en donde funcionaba el Colegio de primaria y de bachillerato de la Universidad.

### ***Creación del Instituto de Ciencias Básicas, cambios curriculares y establecimiento de nuevos convenios***

En esta línea, en la sesión del 3 de septiembre de 1996 del Consejo Académico, el decano Tribín presentó un informe sobre la propuesta para un nuevo currículum, de la cual destacó cuatro aspectos:

Se dictarán un máximo de tres materias esenciales para la formación profesional por semestre, lo que implica una disminución de la carga académica de los alumnos; se fortalece la investigación a través de la creación de un área de estudio de formación investigativa; se resalta el área del segundo idioma en forma definitiva, se hace énfasis que es la única Facultad de Medicina que posee esta franja y se establece el área de Humanidades adelantando la Ética Médica a un momento más oportuno para mejorar el manejo de los pacientes<sup>33</sup>.

Así mismo, y retomando la idea presentada en 1994 por Ciro Casadiego, en esa misma reunión del Consejo Académico se presentó la propuesta formal, por parte de los profesores correspondientes, de la creación de un Departamento de Ciencias Básicas. El Consejo aprobó esta propuesta y se programó su habilitación para enero del próximo año de 1997, anclándola a la meta de establecer en el futuro un nuevo currículo de Medicina<sup>34</sup>.

Adicionalmente, en una reunión del Consejo Académico, al final de ese año 1996, se decidió que el cuarto semestre se dividiría en dos: los cursos de Microbiología y Parasitología, que tendrían como sede el Hospital de San José, y el de Patología, el cual se pondría en marcha en el Hospital Universitario Clínica San Rafael<sup>35</sup>. En este mismo semestre se abrió una nueva Cátedra de Genética Básica, en la que se trabajaba en conjunto con el Laboratorio de Biología Molecular (Restrepo Fernández, 2015).

---

<sup>33</sup> Acta n.º 10 del Consejo Académico del 3 de septiembre de 1996: 2.

<sup>34</sup> Acta n.º 10 del Consejo Académico del 3 de septiembre de 1996: 1-2.

<sup>35</sup> Acta n.º 12 del Consejo Académico del 16 de diciembre de 1996: 2.

De forma correlativa, en ese año de 1996, la Cátedra de Introducción a la Medicina ya se fundamentaba en experiencias de aprendizaje que se repartían en sus dos tipos de prácticas (hospitalaria y comunitaria) así:

1. La práctica hospitalaria pretendía que el “estudiante [aprendiera] a manejar su sensibilidad, frente a situaciones específicas de los pacientes, a ubicarlo dentro de un contexto familiar, a tener una visión integral del proceso salud y enfermedad, a familiarizarse con el ambiente hospitalario y a reforzar sus actitudes positivas hacia la profesión” (Araque & Pérez de Meza, 1996: 129).
2. La Unidad de Primeros Auxilios de la Cruz Roja se propuso como una manera de preparar al estudiante, desde muy temprano en la carrera, para lidiar con situaciones de emergencia. Esta se relacionaba con algunos de los contenidos de la asignatura de Historia de la Medicina, que les daba elementos históricos y filosóficos de la profesión.
3. Se daban, así mismo, contenidos relacionados con la salud sexual que les ayudarían a los estudiantes a “entenderse a sí mismos, a tener consciencia de su sexualidad, sus actitudes y sus comportamientos y les [proporcionarían] herramientas para el manejo de situaciones en su entorno” (Araque & Pérez de Meza, 1996: 129).
4. La práctica comunitaria se concentraba en dotar a los estudiantes de herramientas para identificar y manejar diferentes afecciones de la comunidad, por medio de varias pruebas diagnósticas y estrategias de atención primaria. Esto les permitiría, a su vez, desarrollar estrategias para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad (Araque & Pérez de Meza, 1996: 129).

Como resultado de todas estas decisiones y cambios, y antes de que los estudiantes llegaran a la Quinta de Mutis, se llevó a cabo la remodelación de un área importante de dicha sede, para instalar allí el Instituto de Ciencias Básicas, cuyo director fue Ciro Casadiego. El Instituto fue inaugurado el 13 de enero de 1997, en acto presidido por el señor rector de

la Universidad, Mario Suárez Melo, y el decano Alfonso Tribín Ferro<sup>36</sup>. En este lugar se establecieron, además, tres aulas, un laboratorio de histología y el anfiteatro (Casadiego, 2016) y se hicieron inversiones importantes en equipos para estos laboratorios<sup>37</sup>.

Sobre esto, Casadiego, en un artículo publicado en la revista *Nova et Vetera*, decía:

[...] no fue un capricho, ni una mera obsesión, fue la necesidad creada, fue el compromiso y la responsabilidad docente que tenían con los estudiantes la Universidad y la sociedad misma, lo que sirvieron de impulso para llevar a cabo tan titánica empresa [...]. Con la inauguración del Instituto, los estudiantes, profesores y personal administrativo de la Facultad de Medicina hemos recobrado nuestra identidad rosarista. Ya en cada uno de los sitios de práctica seremos reconocidos como rosaristas y nuestra escuela llevará siempre el sello indeleble de la Cruz de Calatrava que distingue a nuestra Universidad [...]. (Casadiego, 1997: 28 y 30)

Fue así como, para enero de 1997, se dio inicio a los cursos de ciencias básicas en dicha sede con una curiosa cohabitación con los alumnos de primaria y bachillerato. En forma simultánea, la Universidad estaba construyendo unas nuevas instalaciones para el Colegio, ubicadas en el sector de Arrayanes al norte de la ciudad. Adicionalmente, se iniciaron en la Quinta de Mutis algunas prácticas de alumnos de las tres Facultades de Rehabilitación (Fisioterapia, Fonoaudiología y Terapia Ocupacional) y de estudiantes del programa de Especialización en Epidemiología, el cual se adelantaba en conjunto con el Centro de Estudios de la Salud (CES), hoy Universidad CES, de Medellín<sup>38</sup>. En apoyo a todas estas innovaciones, se trasladaron también a la Quinta de Mutis la biblioteca y las oficinas administrativas de la Facultad.

---

<sup>36</sup> Acta n.º 13 del Consejo Directivo del 4 de febrero de 1997: 2.

<sup>37</sup> Acta n.º 14 del Consejo Académico del 15 de abril de 1997: 4.

<sup>38</sup> Acta n.º 13 del Consejo Directivo del 4 de febrero de 1997: 2.

Por ese entonces, cuando la Facultad de Medicina trasladó sus semestres de Ciencias Básicas a la Quinta de Mutis, los estudiantes de cuarto semestre que cursaban Patología comenzaron a realizar sus actividades teóricas y de microscopía en esta nueva sede, bajo la dirección del patólogo rosarista Leonel Chávez Cardona, quien, a su vez, era el jefe del Departamento de Patología del Hospital Universitario Clínica San Rafael. Sin embargo, por no existir un espacio en el que se pudieran realizar las prácticas macroscópicas de Patología, se firmó también un convenio con este hospital para que dichas prácticas se llevaran a cabo en un torreón docente que dicha institución adaptó para tal fin. Concomitantemente, en el ámbito de los posgrados, la Especialización en Patología también se logró trasladar a este Hospital; no obstante, unos años después, el programa fue cerrado por dificultades de carácter administrativo (Palacios Sánchez, 2015).

Dado que ya se iniciaba la salida progresiva del Hospital de San José, se establecieron nuevos convenios docente-asistenciales para garantizar prácticas de alto nivel para los estudiantes de pregrado. De esta manera, para enero de 1997, se formalizó una práctica para los estudiantes de Medicina Interna en el Hospital de la Samaritana y en la Fundación Cardio-Infantil Instituto de Cardiología<sup>39</sup>.

No obstante, las prácticas del internado rotatorio (semestres 11 y 12) y de los programas de especialidad médico-quirúrgica continuaron teniendo aún como base el Hospital de San José. Dichos programas se manejaban desde la oficina de educación médica del Hospital, dirigida por Roberto Jaramillo Uricoechea, y desde la Oficina de Educación Médica de la Facultad de Medicina, dirigida por Leonardo Palacios Sánchez. Para ese entonces, el número de internos era de 100 y había 96 residentes<sup>40</sup>.

El 8 de febrero, de 1997, en su discurso de entrega de la Rectoría de la Universidad, Mario Suárez Melo, catalizador de la separación de la Universidad y la Sociedad de Cirugía de Bogotá y de los cambios

---

<sup>39</sup> Acta n.º 13 del Consejo Académico del 4 de febrero de 1997: 2.

<sup>40</sup> Acta n.º 13 del Consejo Académico del 4 de febrero de 1997: 3.

inmediatamente posteriores, realizó un balance de dichos cambios. En dicho discurso afirma que:

[...] Se recuperó la conducción de nuestras 3 facultades de rehabilitación física y, después de un periodo de agudas controversias, se asumió su dirección integral; se renegociaron y redefinieron nuestras relaciones con la Sociedad de Cirugía para el manejo futuro de la Facultad de Medicina y se construyó y organizó, como punto de partida para nuestra nueva Facultad de Medicina, el Instituto de Ciencias Básicas, en la Quinta de Mutis, donde ya se están desarrollando los primeros cuatro semestres [...]. Se redefinió la actividad investigativa como parte inseparable de nuestra tarea académica para conformar un Centro de Investigación con personal de tiempo completo, con líneas de investigación definidas por cada facultad, con proyectos concretos, muchos de los cuales están siendo financiados por terceros y se le dotó de una sede propia que adquirió y remodeló con este preciso objetivo y que se ha convertido en sitio de encuentro permanente de nuestra comunidad académica. (Suárez Melo, 1997: 17)

Por su parte, el decano Tribín, en un artículo publicado en el mismo número de la revista *Nova et Vetera*, se refería a que la Facultad de Medicina había sufrido una serie de cambios importantes en diferentes puntos, entre los cuales destacaba el redimensionamiento de la nómina profesoral. Lo planteaba en los siguientes términos:

[...] actualmente este proceso ha permitido un mejoramiento en las condiciones salariales de los profesores de Ciencias Básicas y se ha fijado como meta el comienzo del segundo semestre para que este proceso se haga efectivo en Ciencias Médicas, Quirúrgicas y de Salud Mental. El propósito final es que a muy corto tiempo la selección de profesores se haga por concurso [...]. (Tribín Ferro, 1997: 27)

Ya durante la rectoría del abogado Guillermo Salah Zuleta, y todavía durante la decanatura de Tribín, se continuaron los cambios en las Facultades que iniciaban su ubicación parcial en la nueva sede de la Quinta de

Mutis. Como parte de estos cambios, en primer lugar, la Universidad les ofreció a los profesores del Programa de Medicina que, quienes lo desearan, podrían tomar la Especialización en Docencia Universitaria que ofrecía la Facultad de Filosofía y Humanidades del Claustro, con un descuento del 50 %<sup>41</sup>. Por su parte, el médico y cirujano, especialista en Cirugía General de la Universidad del Rosario y magíster en Educación de la Universidad de los Andes, Andrés Isaza Restrepo, mencionaba que “[...] era absurdo lo que valía: \$180.000 el semestre, y nos descontaban en 10 cuotas, nos hacían el 90 % de descuento, pues valía \$1.800.000, y lo pagamos en cuotas de \$18.000 pesos mensuales [...]. Era en el horario laboral, nos la dictaban los jueves de 9 de la mañana a 5 de la tarde” (Isaza Restrepo, 2015). Esta nueva política redundó en un aumento de la producción académica<sup>42</sup>.

En segundo lugar, y consecuentemente con lo anunciado por el decano Tribín en el artículo arriba mencionado, el Consejo Académico, por medio del acta de la sesión extraordinaria del 18 de noviembre de 1997, aprobó el redimensionamiento de la nómina para los docentes de quinto a décimo semestre de la Facultad. Esto con la intención de nivelar los salarios de estos profesores con los otros de la Universidad y los de las universidades pares. Dicho esfuerzo implicó elaborar un presupuesto deficitario para el año de 1998, pero, como se señala en informes sobre la situación, esta iniciativa fue recibida con beneplácito por parte de los docentes<sup>43</sup>.

En tercer lugar, se iniciaron nuevos cambios curriculares en algunas asignaturas del programa de Medicina. Por ejemplo, Juan Mendoza Vega y Néstor González, profesores de Historia de la Medicina y de Ética, Deontología y Legislación Médica, solicitaron que se aumentaran en dos horas más a la semana las cátedras de Introducción a la Holoética y de Ética Médica<sup>44</sup>, solicitud que fue aprobada por el Consejo Académico.

---

<sup>41</sup> Acta n.º 14 del Consejo Académico del 15 de abril de 1997: 3.

<sup>42</sup> Acta n.º 14 del Consejo Académico del 15 de abril de 1997: 2.

<sup>43</sup> Acta n.º 18 del Consejo Académico del 16 de diciembre de 1997: 2.

<sup>44</sup> Acta n.º 14 del Consejo Académico del 15 de abril de 1997: 4.

### ***Encrucijada frente a la baja demanda por parte de los aspirantes al Programa de Medicina del Rosario***

Para ese momento se venía presentando una disminución en el número de aspirantes a los programas de medicina que se ofertaban en el país. Desde la promulgación de la Ley 100 de 1993, habían comenzado a presentarse dificultades en el funcionamiento de hospitales y clínicas públicas y privadas, y esto causó gran inquietud entre los médicos que ejercían la profesión en ese momento, puesto que sus ingresos se estaban viendo directamente afectados por las nuevas políticas de salud y, muchos de ellos, tomaron la decisión de cerrar sus consultorios privados. La Universidad Nacional de Colombia, como estrategia, había iniciado un programa denominado “Plan Estrella”, orientado a captar los mejores bachilleres de todo el país<sup>45</sup>. Adicionalmente, tras la separación de la Facultad y el Hospital de San José, en los corrillos se ponía en duda el futuro de la Facultad de Medicina del Rosario (Pastrana Arango, 2016a).

Teniendo en cuenta todas estas contingencias, el Consejo Académico formuló una serie de estrategias para “[...] intensificar y diversificar la labor de promoción y divulgación de la facultad entre los mejores bachilleres del país, haciendo énfasis en las realidades y perspectivas actuales a corto y mediano plazo, disipando a su vez, las inquietudes que [habían] venido surgiendo en torno al futuro de la Facultad”<sup>46</sup>. Entre estas estrategias, se encontraban:

Modificar la ponderación de los criterios de selección y admisión, buscando potencializar el peso de la entrevista de tal manera que se aminoren los riesgos de admitir aspirantes con dificultades de comportamiento, valores y compromiso académico. En este momento el ICFES tiene un peso del 50 %, la entrevista un peso del 30 % y el examen de razonamiento un peso del 20 %. Se sugiere equiparar el peso del ICFES y de la entrevista en un 40 % cada uno, dejando igual al peso que se le otorga al examen de razonamiento.

---

<sup>45</sup> Anexo acta n.º 14 del Consejo Académico del 15 de abril de 1997: 1.

<sup>46</sup> Anexo acta n.º 14 del Consejo Académico del 15 de abril de 1997: 3.

Elevar a un 15 % el porcentaje de los mejores alumnos del pre-médico que se hacen acreedores a un cupo en la Facultad por su buen rendimiento académico y personal durante el curso. En este momento, se apoya el ingreso únicamente del 10 %, observándose que muestran rendimientos académicos destacados durante la carrera<sup>47</sup>.

***Nuevas modificaciones de los postgrados y del pregrado, que reafirmaron la separación entre la Facultad y la Sociedad de Cirugía***

Uno de los primeros signos de esta reafirmación se relacionó con un cambio en los programas de posgrado: en diciembre de 1997, se realizó la modificación del diploma que recibirían los egresados de programas diferentes a los que estaban en el Hospital de San José. Así, el diploma tendría únicamente el escudo de la Universidad del Rosario, eliminando el de la Sociedad de Cirugía de Bogotá, al igual que la firma del presidente de dicha Sociedad. Así mismo, se acordó que la ceremonia de grado se realizaría en el Aula Máxima de la Universidad<sup>48</sup>. Para la Universidad y para la Facultad, esto correspondía tanto a una estrategia de institucionalización de la educación de los residentes<sup>49</sup> como a la reafirmación de la separación de la Sociedad de Cirugía y de la independencia de la Facultad.

En los convenios que la Universidad firmó con las instituciones hospitalarias diferentes al Hospital de San José se estableció que los dineros correspondientes a las matrículas de los residentes, una vez realizados los pagos reglamentarios para pólizas de responsabilidad civil<sup>50</sup>, seguridad social y riesgos profesionales, el resto se dividiría en un 70 % para el Hospital y un 30 % para la Facultad. En dichos convenios se precisaba que, en los hospitales de carácter privado, los dineros destinados al Hospital deberían ser utilizados exclusivamente para el fortalecimiento de la

---

<sup>47</sup> Anexo acta n.º 14 del Consejo Académico del 15 de abril de 1997: 4.

<sup>48</sup> Acta n.º 18 del Consejo Académico del 16 de diciembre de 1997: 6-7.

<sup>49</sup> Estos siempre se graduaban en el Hospital de San José.

<sup>50</sup> Valga la pena anotar que, siguiendo las disposiciones establecidas por el Decreto 190 de 1996 en el artículo 21, la Universidad tomó una póliza de responsabilidad civil colectiva en la que se incluyó a todos los estudiantes de pre y posgrado de la Facultad de Medicina.

educación médica en estas instituciones. Como parte de este proceso, el jefe de Educación Médica, Leonardo Palacios Sánchez, propuso la creación de un Fondo Especial para el manejo del dinero correspondiente a las matrículas de los programas que se llevaran a cabo en el Hospital de Kennedy<sup>51</sup>, ya que las relaciones con dicho hospital y el manejo de recursos implicaban un proceso diferente: por ser esta una institución de carácter público, el dinero proveniente de la matrícula de los residentes no podía tener una destinación exclusiva (Palacios Sánchez, 2017-2019). La propuesta fue aceptada por el Consejo Académico, que destacó que, estratégicamente, esta permitía mejorar la calidad académica de los programas, la consolidación de las relaciones con el Hospital de Kennedy y una colaboración satisfactoria con los gastos de la institución hospitalaria<sup>52</sup>.

Posteriormente, y teniendo en cuenta que las plazas disponibles para internos eran de mínimo cincuenta y que la Universidad del Rosario no alcanzaba a cubrirlas, el decano Tribín propuso llenarlas con internos de otras facultades, una vez se hubiera asignado cupo a todos los internos rosaristas, cobrándoles una suma determinada, equivalente a la de otros programas<sup>53</sup>.

En octubre de 1998 se empezaron a cristalizar los esfuerzos para ir retirando los alumnos de pregrado del Hospital de San José a otros campos de práctica, y trasladar el hospital base para la mayoría de los programas de especialidades médico-quirúrgicas. Dicha situación implicaba un esfuerzo administrativo adicional para el cuerpo directivo de la Facultad (decano, jefe de Educación Médica y secretario académico). Ante dicha situación, en la sesión 24 del Consejo Académico, el consiliario Rafael Riveros propuso la creación de Jefaturas de Departamento cuyas oficinas estuviesen ubicadas en la Quinta Mutis, propuesta que fue aprobada<sup>54</sup>.

Por otra parte, y como consecuencia del traslado a la Quinta de Mutis y la ampliación de campos de práctica, el decano Tribín propuso, en diciembre de 1998, que se ampliara a ochenta el número de alumnos

---

<sup>51</sup> Acta n.º 18 del Consejo Académico del 16 de diciembre de 1997: 7.

<sup>52</sup> Acta n.º 20 del Consejo Académico del 13 de abril de 1998: 2-3.

<sup>53</sup> Acta n.º 20 del Consejo Académico del 13 de abril de 1998: 2-3.

<sup>54</sup> Acta n.º 24 del Consejo Académico del 27 de octubre de 1998: 3.

admitidos a primer semestre del pregrado<sup>55</sup>. El Consejo Académico aprobó dicha propuesta<sup>56</sup>.

Es importante anotar que, en ese mismo mes, la Universidad decidió transformar todos los programas de pregrado a una estructura basada en créditos académicos. El comité curricular de la Facultad de Medicina llevó a cabo el trabajo que permitió hacer esta importante transformación, que se puso en práctica a partir de enero de 1999<sup>57</sup>.

## **El giro definitivo de la OMS hacia la Salud Global**

Mientras se preparaba esta transformación curricular de la Facultad de Medicina, en el ámbito internacional se producían importantes cambios. En el informe sobre el Desarrollo Mundial de 1993, elaborado por el Banco Mundial, mencionado anteriormente, y por medio del cual esta institución se había posicionado en el centro del campo de la salud, se reconoció que, más allá de la fortaleza económica de esta y de su influencia, la OMS tenía una mayor destreza y experiencia en lo relacionado con los aspectos técnicos de la salud y la medicina. Esta circunstancia sugería que el trabajo conjunto entre ambas partes sería beneficioso para la salud mundial (Brown, Cueto & Fee, 2006 [2004]: 93). En dos palabras, como dijimos atrás: primero, el Banco Mundial torpedeó y debilitó a la OMS, arrinconándola; pero ahora “la compraba”, con la condición de que se dedicara a trabajar mancomunadamente con él, apoyando su propuesta de salud global.

Simultáneamente, y teniendo como base las discusiones relacionadas con la implementación de una investigación epidemiológica global que se dieron entre 1989 y 1995, surgió una propuesta de poner en marcha mecanismos de salud global articulados a la globalización de la economía. Esta se materializó en un nuevo documento de política coordinado por el Comité de Salud Internacional del Instituto de Medicina de la Academia Nacional de Ciencias de los Estados Unidos de América, titulado *America's Vital Interest In Global Health: Protecting Our People, Enhancing Our Economy and*

---

<sup>55</sup> Previamente se recibían sesenta estudiantes.

<sup>56</sup> Acta n.º 25 del Consejo Académico del 16 de diciembre de 1998: 3.

<sup>57</sup> Acta n.º 25 del Consejo Académico del 16 de diciembre de 1998: 3.

*Advancing Our International Interest*<sup>58</sup>. Este texto contenía un análisis sobre la vulnerabilidad de la población de los Estados Unidos y una caracterización de las amenazas externas a que esta población podría estar sometida. Plantaba cuatro amenazas: la primera, se refería a las infecciones emergentes y reemergentes debidas, tanto a la mayor movilidad de las personas por el desarrollo de los medios de transporte como a vectores de transmisión introducidos por el comercio de bienes, especialmente de aquellos resistentes a los antibióticos; la segunda, estaba asociada con el uso de armas biológicas y químicas, especialmente relacionadas con ataques terroristas; la tercera, tocaba con el crecimiento de los costos de la atención en salud; y, finalmente, la cuarta, resaltaba las consecuencias de la violencia, que incluían el estrés postraumático, las agresiones a los inmigrantes y las mutilaciones de origen cultural o religioso (Godue, 1998: 40).

Según Charles Godue, asesor del programa de recursos humanos de la Organización Panamericana de la Salud, en 1998,

[...] en términos generales, el documento asume que la búsqueda por los intereses de los Estados Unidos en salud es beneficiosa para el resto de la comunidad internacional y no despierta conflictos y contradicciones para otras políticas, sectores de actividad y prácticas de actores nacionales en cuanto a su impacto sobre la Salud Global. (Godue, 1998: 42)

Esta línea de reflexión llevó a que en este documento se revalorizara el concepto de “capital humano”, así como otras formas de capital, como son el “natural”, el “financiero” y el “social” (Godue, 1998: 42).

El término “Salud Global” fue cobrando vuelo en ciertas organizaciones internacionales, pero especialmente en el Banco Mundial, de tal forma que esta institución adoptó este concepto como su enfoque básico para aportar sus préstamos destinados a financiar los programas contra la pobreza (Brown, Cueto & Fee, 2006 [2004]: 94-99). De esta manera, el énfasis puesto por el Banco Mundial en apoyar financieramente políticas

---

<sup>58</sup> En español: *El interés vital de los Estados Unidos en la Salud Global: protegiendo nuestra gente, realzando nuestra economía y desarrollando nuestros intereses internacionales.*

para la disminución de la pobreza, la creación de sistemas nacionales de salud manejados por un sistema de mercado regulado de aseguramiento en salud, en el que concurren agentes de propiedad privada y estatal, y en estimular los programas de alimentación y de producción y la aplicación de vacunas, iban todos dirigidos a garantizar que en los países pobres se crearan condiciones que permitieran enfrentar localmente aquellas epidemias con potencialidad de convertirse en pandemias globales. Y, todo esto, bajo la sombrilla de un pretendido nuevo modelo de desarrollo que, finalmente, favorecería a los intereses de la población, pero también a los del capital financiero estadounidense. Así, entonces, la política de salud global del Banco conjugaba las recomendaciones de aquellos especialistas en salud pública preocupados por las amenazas sobre la salud mundial con las exigencias de los economistas y los políticos neoliberales de favorecer un régimen de acumulación de capital financierista, apoyados en el Consenso de Washington.

Posteriormente, el Banco presionó a la OMS para que también tomara este concepto de “Salud Global” como referencia y se articulara con él, para desarrollar dichas políticas (Brown, Cueto & Fee, 2006 [2004]: 94-99). Como consecuencia de estos planteamientos, en 1998, la Asamblea Mundial de la Salud buscó por fuera de la OMS “un nuevo líder que pudiese restaurar la credibilidad de la Organización y proveerla de una nueva misión”. Fue así como se escogió a una médica y profesional de la Salud Pública y exprimera ministra de Noruega como directora general de la OMS, Gro Harlem Brundtland. Ella, que venía cargada de gran energía, había sido presidenta de la Comisión Mundial de Medio Ambiente y Desarrollo de las Naciones Unidas, que había producido el *Informe Brundtland* que trajo como consecuencia la Cumbre Mundial de 1992, y estaba familiarizada con el pensamiento global ambientalista y con la comprensión de los vínculos existentes entre salud-ambiente y desarrollo (Brown, Cueto & Fee, 2006 [2004]: 96-97).

A su llegada, estableció una Comisión de Macroeconomía y Salud presidida por el economista Jeffrey Sachs de la Universidad de Harvard, “que incluía antiguos ministros de Hacienda, funcionarios del Banco Mundial, del Fondo Monetario Internacional, de la Organización Mundial de Comercio y del Programa de Desarrollo de las Naciones Unidas, así

como líderes de la Salud Pública, para estudiar las formas de mejoramiento de la salud en los países en desarrollo y sus relaciones con el desarrollo económico” (Brown, Cueto & Fee, 2006 [2004]: 96-97). De esta manera, la OMS comenzó a entrar en el círculo de poder de las grandes instituciones financieras neoliberales y quedó indefectiblemente amarrada a ellas.

En Colombia también se sintió el coletazo de este giro en la salud internacional. La crisis de las relaciones de cooperación entre la Organización Panamericana de Salud (OPS) y los países de la región latinoamericana comenzó a preocupar a muchos de los países miembros de esta organización, aunque los procesos nacionales hubieran sido distintos. Fue creciendo, así, la idea de que se necesitaba una estrategia de solución para que los Estados miembros se comprometieran en la reestructuración de esta organización continental. La XXIV Conferencia Sanitaria Panamericana, reunida en la sede central de la OPS en Washington D. C., entre el 26 y el 30 de septiembre de 1994, incluyó entre sus lineamientos estratégicos y programáticos la responsabilidad de la OPS en la reducción de las inequidades sociales, contribuyendo a la reorganización de los servicios y de los sistemas de salud en el marco de las políticas de modernización del Estado, la apertura económica, la globalización y el ajuste fiscal, para disminuir las diferencias en el acceso y la cobertura de los servicios de salud y de las condiciones sanitarias de la población (Hernández Álvarez et al., 2002: 349).

Sin embargo, para resolver esto, la OPS insistía en recalcar “los elementos esenciales de la Atención Primaria” (OPS, 1998: 15-17). Por esta afirmación, parecía que la OPS no estaba muy dispuesta a cambiar sus estrategias de acción. Sin embargo, el liderazgo del Banco Mundial era indiscutible y, en la Cumbre de las Américas de 1994, concluyó que había que acompañar los procesos de reforma y exigió a la OPS esa tarea. La Organización no podía quedarse por fuera después de casi un siglo de liderazgo regional y mundial en salud. En consecuencia, en 1995, la Organización de las Naciones Unidas convocó a todos sus organismos relacionados con la salud y el desarrollo económico, junto con la OEA, para construir un parte estratégico con el fin de impulsar y desarrollar las reformas de los sistemas de salud en toda la región. De esta reunión, surgió el documento *Acceso equitativo a los servicios básicos de salud: hacia una*

*agenda regional para la reforma del sector salud.* En este acuerdo, todos los organismos regionales aceptaron los lineamientos básicos del Banco Mundial en el diseño de las reformas y a la OPS se le encomendó “la tarea de promocionar, monitorear y evaluar la reforma de los Sistemas de Salud en las Américas”. Pero, obviamente, los recursos para la implementación de estas reformas vendrían de los bancos, es decir, del Banco Interamericano para el Desarrollo (BID) y el Banco Mundial (Hernández Álvarez et al., 2002: 349-350). Las organizaciones de salud panamericanas habían sido obligadas a entrar al redil.

Por lo tanto, “a partir de ese momento, las propuestas de ampliación en la cobertura de los servicios no se apoyarían tanto en la intervención directa del Estado sino en la incorporación de los agentes del mercado para el conjunto de servicios de asistencia médica curativa de los niveles de complejidad superiores a los servicios básicos”, y el Estado debía funcionar como modulador o rector de los sistemas. Esto le abría la puerta al acumulado de saberes y experiencias de la OMS y la OPS, y significaba orientar los recursos del Estado hacia la atención de los grupos más desprotegidos o de mayor riesgo por su condición socioeconómica, mientras que el capital privado desarrollaba los servicios médicos de alta complejidad, apoyándose en los mecanismos de aseguramiento, para garantizar la circulación del capital prepagado en los ámbitos financieros (bancos y bolsas) (Hernández Álvarez et al., 2002: 350-351).

En ese contexto, el BID le otorgó a Colombia, en 1996, un crédito destinado al Ministerio de Salud para apoyar la implantación y sostenibilidad del nuevo sistema. El crédito fue ejecutado por el Programa de Apoyo a la Reforma<sup>59</sup>, un grupo *ad hoc* ubicado dentro del Ministerio de Salud que se encargó de articular la serie de proyectos que iban a permitir cumplir con los principios enunciados en la Ley 100 de 1993 (universalidad, solidaridad, eficiencia y calidad). Este grupo fue complementado por una misión asesora de expertos de la Universidad de Harvard, contratada

---

<sup>59</sup> Vale la pena resaltar que la profesora Catalina Latorre Santos, del Departamento de Medicina Preventiva de la Facultad de Medicina de la Universidad del Rosario, participó en este Programa e hizo parte del grupo *ad hoc* encargado del componente de talento humano para la salud, por medio de un contrato especial de prestación de servicios.

por el propio Ministerio, para realizar estudios que permitieran mejorar la implantación de la reforma (Hernández Álvarez et al., 2002: 350-351).

Para cumplir el mandato acordado por la OMS y el Banco Mundial en 1995, y acogido por la OPS, llegó a Colombia Hernán Málaga, en 1996, como director de la Oficina de la OPS en el país, y una de sus propuestas fue la de desarrollar los servicios de salud en el ámbito local y regional, desde la perspectiva del fortalecimiento de la descentralización, en el marco de la reforma. Fue así como surgió el Programa de Municipios Saludables por la Paz, el cual fue inaugurado oficialmente el 1.º de octubre de 1996, por el presidente Ernesto Samper Pizano.

## **Últimas etapas del gobierno de Ernesto Samper**

### ***El conflicto político***

Mientras el proceso jurídico-político contra el presidente se discutía en el Congreso, en otros espacios se ponían en marcha acciones que buscaban debilitar a Samper, pretendiendo buscar su renuncia, sobre todo después de las declaraciones del exministro Fernando Botero a comienzos de 1996. Uno de esos espacios, lo ocupó la Iglesia católica: su máximo jerarca, monseñor Pedro Rubiano, lanzó su célebre sentencia de que “si a uno se le mete en la casa un elefante, es imposible no verlo”; por su parte, el Consejo Gremial pidió la renuncia del presidente; *The New York Times* y el *Miami Herald* tampoco se quedaron atrás y procedieron a solicitar la renuncia presidencial; *The Washington Post*, en cambio, recomendó la descertificación de Colombia, puesto que su gobierno no cumplía con los requerimientos en la lucha contra el narcotráfico (Torres del Río, 2010: 423).

Otros grupos sociales tampoco se quedaron atrás para pedirle al presidente su renuncia. Algunos medios de comunicación como *El Colombiano*, de Medellín; *El País*, de Cali; *El Espectador* y *El Tiempo*, de Bogotá, le pidieron una salida digna. De las Fuerzas Armadas, “que defendían la ‘institución presidencial’ sin nombrar al presidente se dijo [...] [en su momento] que podrían estar involucradas en ‘aventuras golpistas’”. Un destacado grupo de personalidades acudió a la “Embajada de Estados Unidos buscando apoyo para un eventual golpe de Estado, según lo admitió el embajador Myles Frechette”. Obviamente, a esto se sumaba la presión permanente del ala

pastranista del conservatismo y del conservador Álvaro Gómez Hurtado, que, desde las columnas de su periódico *El Siglo*, afirmaba que “la única forma de cambiar la situación era ‘tumbando al régimen’”. Finalmente, las FARC hicieron pública su consideración de que no se podía alcanzar la paz con un gobierno débil y los estudiantes exigieron un plebiscito para decidir si debían realizarse nuevas elecciones presidenciales (Torres del Río, 2010: 423).

Por su parte, el presidente, haciéndose el sordo, propuso una reforma constitucional, pidió la pena de muerte para los secuestradores, creó el cargo de “zar antisequestro”, se opuso a establecer la extradición, creó zonas especiales de orden público, aumentó el presupuesto militar, convocó a un acuerdo internacional contra la violencia, logró que se aprobara la ley de extinción de dominio de las propiedades del narcotráfico, y pidió, y logró, la difusión del juicio político por la televisión. Así mismo, se acercó al movimiento sindical y a las organizaciones populares, logró el apoyo de 3 de los 4 grupos económicos más importantes del país, divulgó la tesis de que lo que estaba ocurriendo en contra de su gobierno se debía a una conspiración estadounidense y de los sectores neoliberales (Torres del Río, 2010: 423-424).

### ***El Plan de Desarrollo y su crisis***

Igualmente, Samper logró que el Congreso le aprobara su plan de desarrollo conocido como “El Salto Social”, que, según él,

contenía mejor resumen de las ideas que había trabajado durante quince años para cuando llegara a la presidencia. [...] Como su nombre lo indica, el Plan apuntaba a cambiar las tendencias hacia el empobrecimiento registrada desde comienzos de la década; formulaba metas ambiciosas, como vincular a diez millones de colombianos pobres a los servicios de un novedoso sistema de salud subsidiado; proponía que la apertura económica se revisara para hacerla más selectiva, gradual y concertada, a fin de mejorar las condiciones de competitividad de la economía, indispensables para asumir el reto de la internacionalización, y planteaba la ambiciosa realización de obras de infraestructura

por un valor superior a 22.000 millones de dólares, financiados en un 40% por el aporte privado. (Samper Pizano, 2000: 13)

El plan incluía, así mismo, muchas cosas más: políticas de paz, fortalecimiento de las Fuerzas Armadas, reestructuración del Seguro Social, un Plan Cuatrienal de Obras Públicas, entre otras. No obstante, aunque Samper se desplazó por todo el país impulsando el “Salto Social” y afirmando que le pondría corazón a la apertura, ni el “capitalismo salvaje” que denunciaba desapareció, ni el “Salto Social” se produjo, pues las condiciones de los sectores marginales no se modificaron y, a pesar de que nombró ministro de Trabajo a Orlando Obregón, presidente de la Central Unitaria de Trabajadores, las tensiones sociales no cedieron. Eso sí, los estratos sociales altos sí obtuvieron algunos beneficios (Torres del Río, 2010: 424).

### *La arremetida de las farc*

Paralelamente, y como si fuera poco, durante la segunda parte de su mandato las FARC iniciaron una fuerte arremetida contra las Fuerzas Armadas, utilizando sus éxitos militares para deslegitimar al jefe del Ejecutivo. En efecto, siguiendo las conclusiones militares y políticas de la 8.<sup>va</sup> Conferencia Nacional de las FARC de 1993, la guerrilla modificó su estructura organizativa: se crearon las Fuerzas Armadas Revolucionaras de Colombia – Ejército del Pueblo (FARC-EP), para apoyar sus acciones en los bloques de frente, los comandos conjuntos regionales y el comando general, en el marco de lo que denominaron “guerra de movimientos”. Era evidente el fortalecimiento militar, la consolidación del Estado Mayor y del Secretariado, así como la urbanización del conflicto como resultado del aumento de los recursos económicos debidos al secuestro, las extorsiones, y la aplicación de un impuesto al narcotráfico. De esta manera, con la ampliación de las redes de inteligencia humana y la consolidación de una amplia experiencia en la guerra irregular, durante el período de 1996-1998, las FARC llegaron al punto más alto de combates contra el Estado. Las fuerzas de élite estatales fueron diezmadas, varios oficiales de alto rango perdieron la vida y centenas de soldados fueron secuestrados y capturados, a quienes se les incautó valioso material de artillería liviana.

En sus combates, el Derecho Internacional Humanitario estuvo ausente, se utilizaron armas no convencionales —minas antipersonales, cilindros de gas utilizados como cañones—, niños soldados, civiles capturados e involucrados en el combate a la fuerza, etc. (Torres del Río, 2010: 428-431).

### ***El Sistema General de Seguridad Social en Salud y la crisis de la salud pública***

En medio de esa crisis nacional, en diciembre de 1998, la OPS y la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia organizaron en Medellín un seminario taller nacional denominado “Salud pública, salud para todos: resultados y retos para el siglo XXI: balance de la reforma sectorial”. Las discusiones y los trabajos presentados en este evento mostraron que las coberturas de la afiliación al nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud no llegaban al 57 % de la población, en ninguno de los dos regímenes de aseguramiento (el contributivo y el subsidiado), y no parecía que pudieran mejorar, debido al aumento del desempleo y a la flexibilización laboral imperante en el país. Aunque los asistentes al Seminario estuvieron de acuerdo en que las metas del Programa de “Salud para Todos en el año 2000” eran irrealizables en el corto plazo, estos plantearon que “se debían sostener como norte de la política sanitaria, como había propuesto la OMS”. Sin embargo, se reconoció que “la situación de salud de la población [colombiana] empeoraba, mientras que los programas de salud pública”, tal como habían estado enmarcados en el antiguo Sistema Nacional de Salud, “se debilitaban progresivamente. La vigilancia y el control de las enfermedades cojeaban, en medio de los incumplimientos de los agentes del aseguramiento”, debido a “la evasión y la elusión rampantes de sus compromisos; la participación social tendía a reducirse a la defensa de los individuos en tanto consumidores; y la formación en salud pública parecía no atender a las necesidades y retos planteados en el marco del nuevo Sistema” (Hernández Álvarez et al., 2002: 361).

Poco tiempo después de ese Seminario organizado por la OPS, el debate en el sector “se centró en dos frentes”: en primer lugar, “la equidad del sistema, en términos de acceso y respuesta a las necesidades de la población”; y, en segundo lugar, el rol que debería desempeñar la salud pública en el sistema. Teniendo en cuenta la decisión que había tomado

la OPS, en el acuerdo de 1995, de mantener un seguimiento minucioso del desarrollo de la reforma, esta institución realizó, bajo la dirección de su representante en Colombia, Hernán Málaga,

[...] un análisis cuidadoso de los dos aspectos en debate y presentó sus resultados hacia final de 2000. El balance era muy contradictorio: si bien había aumentado el acceso a los servicios de salud por parte de los sectores más pobres a través del Régimen Subsidiado, la cobertura sólo alcanzaba a 50% de los pobres del país, con fuertes diferencias entre las regiones y entre la población urbana y la rural. (Malaga et al., 2000, citado por Hernández Álvarez et al., 2002: 362)

“En el terreno de la salud pública, la situación era, más que contradictoria, alarmante. Las coberturas de vacunación que habían logrado cifras nacionales cercanas al 95% de la población menor de 5 años en las vacunas del PAI al comenzar la década del 90” descendían preocupantemente, “[...] en especial en los municipios y departamentos con alta proporción de Necesidades Básicas Insatisfechas. La erradicación de la poliomielitis al comenzar los noventas, uno de los más importantes logros de la estrategia de vacunación sostenida durante varios años, se estaba poniendo en peligro al encontrar coberturas por debajo del 80%”. Las enfermedades emergentes y reemergentes, como el chagas, la malaria, y el VIH/sida, también mostraron importantes incrementos (Hernández Álvarez et al., 2002: 362-363; Málaga et al., 2000: 208).

Desde la perspectiva de la equidad con respecto a la satisfacción de las necesidades en salud, “la satisfacción de los recursos humanos estaba en su peor momento y, los médicos, tanto de la Academia Nacional de Medicina, como de ASMEDAS y la Federación Médica Colombiana, se quejaban de la mercantilización de la salud y de sus efectos negativos”. La crisis de los hospitales públicos era evidente y su cierre progresivo en las grandes ciudades del país era la muestra indiscutible del impacto negativo del Sistema sobre la red de servicios públicos en salud (Hernández Álvarez et al., 2002: 363-364).

### ***Samper entregó un país descuadernado***

En resumen, como dice Torres del Río, “el cuatrienio 1994-1998 fue intenso desde todo punto de vista. La crisis política afectó al conjunto de los partidos, el Congreso, de los gremios, de las comunidades, de las Fuerzas Militares, de la justicia y de la Iglesia católica, y perturbó las relaciones entre todos”. Igualmente, bloqueó los distintos programas sociales e impidió la proyección de Colombia hacia el exterior. Así mismo, la penetración de los dineros del narcotráfico, en el ámbito de lo político, económico y social deterioró la credibilidad de la institucionalidad y las FARC menoscabaron la actividad militar y estatal (Torres del Río, 2010: 436). Si atrás dijimos que el país se estaba descuadernando, al terminar Samper su período presidencial, el país estaba definitivamente descuadernado.

### ***Andrés Pastrana Arango llega a la Presidencia: un neoliberalismo conservador***

En medio de este conflicto político y social, “[...] las elecciones presidenciales de 1998 se tejieron alrededor de la promesa del cambio social vinculado a una solución política negociada del conflicto armado, como se apreció en los lemas de los dos principales candidatos” En efecto, el lema de Andrés Pastrana Arango era: “el verdadero cambio es Andrés”; y el de Horacio Serpa Uribe era: “el verdadero cambio es la paz”. Así mismo, ambos candidatos propusieron, durante sus campañas presidenciales, abanicos de reformas que cuestionaban los diversos y tradicionales intereses locales y regionales y enfrentaban las Autodefensas Unidas de Colombia (AUC), tildándolas de contrainsurgentes, antirreformistas, defensoras de un orden rural redefinido por los intereses del narcotráfico y apoyadas en buena parte de los propietarios rurales<sup>60</sup> (Torres del Río, 2010: 437).

Ambas campañas, la de Pastrana y la de Serpa, estaban pensando en las FARC cuando lanzaron sus propias consignas. Este movimiento guerrillero, en 1998, estaba cerrando un ciclo de “continuos golpes exitosos contra las

---

<sup>60</sup> Las AUC se habían congregado bajo el mando único de Carlos Castaño, en abril de 1997, y durante todo el año siguiente aumentaron sus ataques contra la población civil y se fortalecieron política y militarmente para luchar contra el proceso de paz que se veía venir, el cual rechazaban (Torres del Río, 2010: 437).

Fuerzas Armadas” y estaba apareciendo en el escenario político “como un ejército irregular que se podía sentar frente al gobierno en igualdad de condiciones para negociar una salida política” al conflicto bélico. “En el filo de la balanza política, ambos actores armados, las AUC y las FARC, incidieron en la campaña electoral; en el medio y, como combustible del conflicto, [estuvo] el narcotráfico” (Torres del Río, 2010: 437).

Una Convención del Partido Liberal eligió, como candidato de este partido, a Horacio Serpa Uribe, muy criticado como ministro del Interior durante el gobierno de Samper. Por su parte, las FARC no lo consideraban apto para liderar un proceso de paz. Paralelamente, la Convención Nacional Conservadora eligió a Andrés Pastrana como su candidato, desbancando al otro precandidato, Juan Camilo Restrepo. Pastrana contaba, además, con el beneplácito de las FARC. El grupo de los llamados “independientes” fue representado en las elecciones por Noemí Sanín, y otro “independiente”, el general en retiro, Harold Bedoya Pizarro, fue el cuarto candidato<sup>61</sup>.

En la primera vuelta de las elecciones Serpa obtuvo 3.634.823 votos, Pastrana alcanzó a 3.607.945; por su parte, Sanín obtuvo 2.825.306 sufragios. Esta cifra la convirtió transitoriamente en la figura que definiría la segunda vuelta, dependiendo de para qué lado se definieran sus votantes (Torres del Río, 2010: 438).

Pero Pastrana tenía un as bajo la manga: según los periodistas Jorge Cardona Alzate y Catalina González Navarro, “[...] el miércoles 17 de junio de 1998, el [...] candidato divulgó fotografías de un encuentro suyo con los máximos jefes de las FARC, Manuel Marulanda Vélez y Víctor Rojas o ‘el Mono Jojoy’. Pastrana apareció acompañado de su asesor Víctor G. Ricardo”. Este hecho, ocurrido pocos días antes de la segunda vuelta, fue fundamental para la elección del candidato como presidente “y, de paso, anticipó la primera decisión que iba a adoptar Pastrana una vez elegido: el

---

<sup>61</sup> Durante el Proceso 8.000, el general Bedoya, siendo comandante de las Fuerzas Militares, había sido públicamente conectado con los rumores sobre un supuesto plan de golpe de Estado contra el presidente Ernesto Samper. Sus constantes desacuerdos con este gobierno llevaron a que pidiera la baja de la vida militar y se lanzó a la política, como candidato presidencial en las elecciones de 1998.

proceso de paz, previa desmilitarización de una vasta zona del territorio nacional”<sup>62</sup>.

Ese mismo día, las FARC emitieron un comunicado tomando partido en el debate electoral. En él criticaban al gobierno de Samper y a su exministro del Interior, y en ese momento, candidato liberal, el abogado y político santandereano Horacio Serpa Uribe, contrincante de Pastrana, que “estaba ofreciendo despejar un municipio para iniciar diálogos con los alzados en armas, a pesar de que durante 12 años había hecho parte de varios gobiernos liberales que nada podían mostrarle al pueblo en materia de paz”<sup>63</sup>.

Consecuentemente, Andrés Pastrana y su fórmula vicepresidencial, Gustavo Bell Lemus, perteneciente a la Gran Alianza por el Cambio, obtuvieron 6.114.752 votos en la segunda vuelta, realizada el 21 de junio de ese año (Torres del Río, 2010: 438). Nueve días después, el 10 de julio de 1998, el país se despertó con la noticia de que “[...] en un hecho considerado como histórico, el presidente electo Andrés Pastrana se reunió ayer [9 de julio], durante más de dos horas y en algún lugar de las montañas colombianas, con Manuel Marulanda Vélez, Tirofijo, y Jorge Briceño, Mono Jojoy, integrantes del secretariado nacional de las FARC”. Según informaba el periódico *El Tiempo*, citando al presidente Pastrana, “en la reunión se acordó avanzar desde ahora en el establecimiento de las condiciones para el despeje de [...] cinco municipios e instalar la mesa de negociaciones y diálogo en los primeros 90 días de mi gobierno”<sup>64</sup>. Nuevamente, el presidente electo estuvo acompañado de su asesor Víctor G. Ricardo.

En cumplimiento de lo acordado en esta reunión, el mismo día de su posesión como presidente, el 7 de agosto de 1998, Pastrana “anunció su compromiso de iniciar conversaciones y nombró a Víctor G. Ricardo como Alto Comisionado de Paz”. Paso seguido, “en medio de la arremetida

---

<sup>62</sup> Jorge Cardona Alzate y Catalina González Navarro. Cuando Marulanda dejó la “silla vacía”. *El Espectador*. 23 de junio de 2016. <https://www.elespectador.com/colombia2020/pais/cuando-marulanda-dejo-la-silla-vacia-articulo-854548/>

<sup>63</sup> Idem.

<sup>64</sup> Encuentro de Pastrana con Tirofijo. *El Tiempo*. 10 de julio de 1998. <https://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-757888>

subversiva para sumar prisioneros de guerra a la lista de canjeables<sup>65</sup>, el 11 de agosto, el presidente anunció su decisión de desmilitarizar los municipios del San Vicente del Caguán, La Uribe, Macarena, Vistahermosa y Mesetas<sup>66</sup>.

Aunque el anuncio del despeje desató la polarización política, las FARC también sorprendieron al país con una propuesta adicional aún más polémica. Su máximo jefe, Manuel Marulanda Vélez, “Tirofijo”, “envió una carta al Congreso de la República para proponer el trámite de una ley que formalizara el canje permanente de prisioneros de guerra por guerrilleros presos en las cárceles del país”<sup>67</sup>. En su carta, Marulanda escribió: “Si los tres poderes no ponen obstáculos, pronto recobrarán la libertad soldados y guerrilleros, logrando satisfacer el clamor de las madres, familiares, amigos y Colombia entera”. El gobierno respondió solicitándole a las FARC una lista de guerrilleros presos para saber de quienes se trataba el canje. El 5 de octubre, las FARC le presentaron una lista de 452 insurgentes. Ese listado quedó en manos de la Fiscalía y de las Fuerzas Armadas, circunstancia que el Estado aprovechó para conocer los nombres de muchos insurgentes de los que no tenía clara su responsabilidad judicial. Al mismo tiempo, quedó claro que, en principio, las FARC estaban dispuestas a dejar en libertad a 245 soldados y policías retenidos en diversas acciones de guerra en los últimos meses<sup>68</sup>.

El 14 de octubre, el presidente expidió un decreto con el cual ordenó el despeje militar de estos municipios, ubicados en el Meta y Caquetá<sup>69</sup> y “le reconoció carácter político a esta organización armada y a varios de sus principales jefes les dio reconocimiento como negociadores de paz [...]”.

---

<sup>65</sup> Jorge Cardona Alzate y Catalina González Navarro. Cuando Marulanda dejó la “silla vacía”. *El Espectador*. 23 de junio de 2016. <https://www.elespectador.com/colombia2020/pais/cuando-marulanda-dejo-la-silla-vacia-articulo-854548/>

<sup>66</sup> Idem.

<sup>67</sup> Idem.

<sup>68</sup> Idem.

<sup>69</sup> La zona de distensión paso a paso. *El Tiempo*. 5 de octubre de 2001. <https://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-684002>

Los primeros contactos y gestiones para concretar el despeje quedaron a cargo del comisionado de paz, Víctor G. Ricardo<sup>70</sup>.

El presidente le concedió así a las FARC una zona de 42.000 km<sup>2</sup>, equivalente al tamaño de Suiza. Se pretendía con esto crear “un laboratorio de paz”, para un diálogo político basado en una agenda, en ausencia de las Fuerzas Militares. Esta región, que se denominó “zona de despeje” (también llamada “zona de distensión”), tendría como centro de actividades al municipio caqueteño de San Vicente del Caguán (Torres del Río, 2010: 438-439). A su vez, el grupo armado de las FARC mostró su compromiso “concentrando su ejército en lo que sería la zona de distensión, llegando a tener gran incidencia en los factores políticos, sociales y económicos de la región” (Ariza Arias, 2014: 7).

Complementariamente, Pastrana lanzó el Plan de Desarrollo de su gobierno denominado “Cambio para Construir la Paz”. En teoría, su intención era:

[...] convertir a Colombia en un país donde imperan la alegría y la confianza entre sus gentes, en donde el diálogo y la reconciliación sean los principios que animen a los colombianos, en donde la capacidad productiva de su población sea plenamente aprovechada, en donde cada persona sea la propietaria de esta gran nación [...] una nación con justicia social, propósitos comunes y valores sólidos. Una patria en la que el mérito y no los privilegios sea el que determine la prosperidad de sus ciudadanos; un país que consolide la clase media más boyante y poderosa de América Latina, capaz de traspasar con confianza y orgullo las puertas del siglo XXI; lo más importante [...] que Colombia viva en paz. (Plan de desarrollo “Cambio para Construir la Paz”, citado por Torres del Río, 2010: 455-456)

No obstante, este plan de “factura neoliberal —al igual que el de los dos gobiernos anteriores—, pretendía la superación del conflicto armado

---

<sup>70</sup> Jorge Cardona Alzate y Catalina González Navarro. Cuando Marulanda dejó la “silla vacía”. *El Espectador*. 23 de junio de 2016. <https://www.elespectador.com/colombia2020/pais/cuando-marulanda-dejo-la-silla-vacia-articulo-854548/>

con la lógica de mercado, lo que excluía las reformas y la integración social”. Por lo tanto, muy rápidamente los trabajadores estatales, los pobladores urbanos, los campesinos, los indígenas y los estudiantes pusieron en marcha amplias movilizaciones para enfrentarlo. En consecuencia, “el conflicto social nunca disminuyó y, además, marchó paralelamente a la confrontación armada y a sus consecuencias” (Torres del Río, 2010: 455).

A pesar de las promesas y los intentos de buscar la paz, la situación social del país no estaba cambiando mucho a comienzos del nuevo gobierno.

### **Creación de la Escuela de Ciencias de la Salud y reubicación de los estudiantes de las áreas clínicas**

Cinco meses después de la posesión como presidente de Andrés Pastrana, durante la etapa final de la decanatura de Alfonso Tribín Ferro, y según reza en la placa que está empotrada en el corredor de la entrada a la Quinta de Mutis, el 6 de febrero de 1999 “[...] se inauguró la sede de la Escuela de Ciencias de la Salud integrada por las Facultades de Fisioterapia, Fonoaudiología, Medicina y Terapia Ocupacional en esta Quinta de Mutis”<sup>71</sup>. Con su ubicación en esta nueva sede, se pretendió que estas tres Facultades, al quedar integradas con la Facultad de Medicina, iniciaran nuevos desarrollos académicos. No obstante, vale la pena anotar que, aunque la denominación que se escogió haría pensar en una integración de las diferentes actividades académicas, de investigación y extensión, esto no se produjo y, aunque el espacio físico albergaba los diferentes programas, eran mínimas las actividades de integración. Como consta en los mosaicos de la época, había cuatro decanos, un director de rehabilitación, dos secretarías académicas, dos direcciones administrativas y dos direcciones de posgrado. La de Medicina estaba integrada en un solo cargo, denominado Jefatura de Educación Médica que, como se ha señalado, tenía la responsabilidad del manejo académico-administrativo del internado rotatorio, los programas de posgrado y los convenios docente-asistenciales.

---

<sup>71</sup> Coincidente con estos cambios, al comenzar el primer período académico de 1999, se inauguró el Colegio Arroyanes, al cual fueron trasladados todos los alumnos de primaria y bachillerato que estaban ubicados en la Quinta Mutis.

Durante 1999, tras el intempestivo cierre del Hospital Infantil Universitario Lorencita Villegas de Santos, en marzo de ese año, fue necesario tomar una serie de decisiones con respecto a los estudiantes de séptimo y noveno semestre e internado (semestres XI y XII) que rotaban por esta institución. Así, los estudiantes de séptimo (Pediatría) fueron trasladados al Hospital de Kennedy, a la Clínica del Niño y a la Fundación Cardio-Infantil; y los estudiantes de noveno (Ginecología y Obstetricia), unos, al Hospital de Kennedy y, otros, continuaron en el Hospital de San José<sup>72</sup>. Los internos fueron distribuidos de manera similar.

Simultáneamente, la Facultad estaba en proceso de tomar una decisión sobre cómo continuar con el convenio con la Sociedad de Cirugía de Bogotá y el Hospital de San José respecto a los estudiantes de quinto y sexto semestres (en el currículo de esa época correspondía a la enseñanza de la medicina interna) y su traslado a otros hospitales y a la Quinta de Mutis. De esta manera, en la reunión del Consejo Académico del 6 de abril, el Consejo decidió “demorar la salida del quinto semestre hasta diciembre de 1999 y adelantar la del sexto semestre para la misma fecha”. Esta decisión implicó un redimensionamiento de la nómina y el afianzamiento de la Facultad en otros campos de práctica, pero también la puesta en marcha de un nuevo programa y de negociaciones con esas otras instituciones. Entre estas se planeó que los estudiantes de quinto se trasladarían también al Hospital de Kennedy y los de sexto a ese mismo Hospital, a la Fundación Cardio-Infantil y al Hospital la Samaritana<sup>73</sup>.

### ***Traslado de las especialidades médico-quirúrgicas a otros hospitales***

Según Leonardo Palacios, a la sazón director de la Oficina de Educación Médica de la Facultad de Medicina, así como se iniciaron procesos para asegurar el adecuado funcionamiento de los semestres de pregrado, la Universidad adelantó esfuerzos para trasladar el campo de acción de los programas de posgrado a otras instituciones hospitalarias. A la Fundación

---

<sup>72</sup> Acta n.º 27 del Consejo Académico del 6 de abril de 1999: 3.

<sup>73</sup> Idem.

Cardioinfantil-Instituto de Cardiología (FCI) se trasladaron los programas de Medicina Interna, Neurología, Medicina nuclear, Nefrología, Radiología e Imágenes Diagnósticas, Anestesiología, Cardiología, Cirugía Cardiovascular y se acordó crear nuevos programas, entre ellos, Cardiología Infantil, Anestesia Cardio-torácica y Cardiología Intervencionista y Hemodinamia. Es importante destacar la enorme colaboración que el médico Reinaldo Cabrera Polanía, uno de los fundadores de la FCI y quien en ese momento era su director general, le prestó a la Universidad (Palacios Sánchez, 2015).

Con base en el convenio ya existente con la Fundación Santa Fe de Bogotá, se recibieron varias propuestas de parte de esta institución para poner en marcha diferentes programas de posgrado, las cuales fueron todas aprobadas por el Consejo Académico. Una primera propuesta formal se recibió en 1997 para la apertura de un programa en Medicina de Emergencias. En febrero de 1999 se propuso, además, la creación de programas en Neurofisiología Clínica, Ortopedia y Traumatología, y Cuidado Intensivo (hoy denominada Especialización en Medicina Crítica y Cuidado Intensivo)<sup>74</sup> (Palacios Sánchez, 2015).

Junto a todos estos esfuerzos, se incluyó también el de la búsqueda de aprobación y legalización de la especialización en Medicina Materno-fetal en el Hospital Infantil Lorencita Villegas de Santos. Dicho hospital ofrecía un programa no formal, que se realizaba desde 1988, otorgando un título de *fellor*. Sin embargo, esta denominación no estaba reconocida en Colombia por el Ministerio de Educación, ni lo está aún hoy. Adicionalmente, el programa no contaba con ningún tipo de aval universitario, razón por la cual no tenía reconocimiento legal. Para solventar esta situación existía la posibilidad de que, a través del convenio docente-asistencial existente entre dicho hospital y la Universidad, se crease un programa de especialización. La iniciativa fue presentada y respaldada por el Consejo Académico y enviada al Consejo Directivo de la Universidad para aprobación. Mientras ese trámite se estaba llevando a cabo, el primero de marzo

---

<sup>74</sup> Todos estos programas están aún en funcionamiento.

de 1999, el Hospital Infantil abruptamente cerró sus puertas<sup>75</sup> (Palacios Sánchez, 2015).

Afortunadamente y ante la excelente relación existente con la Clínica Reina Sofía, después del cierre del HIULVS, se firmó un convenio con dicha institución que tenía como objeto principal desarrollar una especialización en Medicina Materno-fetal y otras actividades académicas (Suárez Melo, 1996: 370).

Después del cierre del HIULVS, a la Facultad le correspondió tomar decisiones sobre las dos especializaciones que se desarrollaban allí y que por fuerza mayor no podían continuar en ese campo de práctica. Por lo tanto, en agosto de 1999, el Consejo Académico dio cuenta de que la especialización en Pediatría estaba casi lista para iniciar labores de nuevo en los centros de práctica de la Fundación Cardio-Infantil y la Red de Atención Médica y Hospitalaria de Colsubsidio, principalmente. El programa de Ginecología y Obstetricia fue traslado al Hospital Universitario Clínica San Rafael y a la Clínica Colsubsidio Ciudad Roma (Palacios Sánchez, 2015).

### ***Creación de los posgrados no médico-quirúrgicos***

En 1995, se iniciaron en la Facultad de Medicina del Rosario los primeros programas de posgrado en áreas diferentes a las especialidades médico-quirúrgicas, gracias a un convenio firmado en ese año con el Instituto de Ciencias de la Salud (hoy Universidad CES) de Medellín. Se iniciaron así los programas de especialización en Gerencia en Salud Pública, gerencia en Salud Ocupacional, Epidemiología y Auditoría Médica. Todos estos programas venían desarrollándose en el Centro de Estudios de la Salud (CES) de Medellín, a nombre de quien figuraban los registros calificados, pero comenzaron a ofertarse en Bogotá, en la Facultad de Administración de la Universidad del Rosario, en 1995, como extensiones del CES en esta ciudad, bajo la dirección del médico Luis Fernando Giacometti Rojas (Latorre Santos, 2018; Suárez Melo, 1996: 371). Posteriormente, en 1999, y bajo la misma figura administrativa, el programa de especialización en

---

<sup>75</sup> El tiempo, 2 de marzo de 1999. <https://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-936661>. Visitado 04/04/2019.

Epidemiología pasó a ser ofertado desde la Facultad de Medicina (Trillos Peña, 2018).

En 1998, el Dr. Ciro Casadiego Torrado, director del Instituto de Ciencias Básicas, lideró la creación de un programa de especialización en este campo (Casadiego, 2016).

## **Desarrollos en la investigación**

Previo al traslado de las instalaciones de la Facultad de Medicina a la Quinta de Mutis y por iniciativa de la Universidad, con el liderazgo de Ovidio Oundjian Besnard, director del Centro de Investigaciones, Estudios y Consultoría de la Universidad del Rosario (CIEC), se había creado ya el cargo de jefe de investigación de la Facultad de Medicina. La primera persona en ejercer dicha función había sido el endocrinólogo rosarista William Rojas García, a partir de 1996. Para ese entonces, se comenzaron a definir algunas incipientes líneas de investigación, pero en el momento del traslado a la Quinta de Mutis el Dr. Rojas prefirió continuar vinculado al Hospital de San José y en la Jefatura de Investigación de la Facultad de Medicina se nombró al ginecólogo Jaime Enrique Ruiz Sternberg y al médico y especialista en medicina interna de la Universidad del Rosario, Dr. Magna Cum Laude en Ciencias del Deporte en la Universidad Alemana para Ciencias del Deporte John Duperly Sánchez (Palacios Sánchez, 2015).

Sin embargo, y aún con la presencia de una Jefatura de Investigación, esta práctica no era exigida ni suficientemente motivada entre los docentes de la Facultad de Medicina. Pero, en las actas del Consejo Académico de 1997, ya se señalaban algunos esfuerzos individuales, como los del genetista Carlos Martín Restrepo, quien estaba investigando sobre la fibrosis quística, y para eso había establecido algunos contactos con investigadores de México y de otros países de América Latina; y los del ortopedista Édgar Muñoz Vargas, quien estaba desarrollando un proyecto “Análisis del efecto de rotación del injerto hueso-tendón patelar-hueso y sobre sus propiedades biomecánicas. Estudio de cadáveres”<sup>76</sup>.

---

<sup>76</sup> Acta n.º 15 del Consejo Académico del 23 de junio de 1997: 13.

Como ya se dijo, desde el año de 1991, con la creación del Sistema Nacional de Ciencia y Tecnología, COLCIENCIAS comenzó a dar apoyo directo a los grupos de investigación más que a las instituciones en que estos funcionaban (República de Colombia. Instituto Colombiano para el Desarrollo de la Ciencia y la Tecnología, 1992). En concordancia con esta política, seis años después, en diciembre de 1997, la Universidad lanzó la iniciativa de proponer un Diplomado en Investigación para la formación docente<sup>77</sup>. Esta fue una de las más notables acciones para empezar a cambiar este panorama. Así mismo, en los inicios de 1998, surgió entre las directivas la preocupación por incrementar o fortalecer los incentivos a los trabajos de grado de especialización de los programas médico-quirúrgicos, lo que trajo como consecuencia el aumento del monto del premio “Arturo Aparicio Jaramillo” al mejor trabajo de investigación en posgrado, de \$500.000 a \$1.000.000. Junto con esto, se decidió continuar con los actos de reconocimiento a los 25 años de médicos residentes graduados, los cuales, a partir de ese momento, tendrían carácter de actos académicos<sup>78</sup>.

Continuando con esta política, en ese mismo año, la Universidad tomó la decisión de transformarse en “una Universidad de docencia que hace investigación” (Ortega Ortega, 2018), lo que motivó la creación de líneas y grupos de investigación más definidos en las diferentes unidades académicas.

## **Crece el conflicto social y se abren las “Conversaciones de paz”**

A pesar de las promesas hechas en el Plan de Desarrollo “Cambio para Construir la Paz” de Andrés Pastrana Arango, ya comentadas atrás, tal como se expone en varios trabajos publicados en un volumen coordinado por Mauricio Archila, titulado *Veinticinco años de luchas sociales en Colombia, 1975-2000* y publicado en 2004 (Archila Neira, 2004b), en 1999 el desempleo llegaba a un 19.8% y la línea de la pobreza iba en aumento, alcanzando el 56.3%, mientras el PIB caía a -4% el más bajo de la historia, a pesar de que

---

<sup>77</sup> Acta n.º 18 del Consejo Académico del 16 de diciembre de 1997: 7.

<sup>78</sup> Acta n.º 19 del Consejo Académico del 10 de febrero de 1998: 4 y 9.

la inflación había sido controlada (Archila Neira, 2004a). En respuesta a estas condiciones, los pobladores urbanos de las diferentes regiones y los estudiantes salieron a las calles a protestar contra la guerra y contra el Plan de Desarrollo (García, 2004a; García, 2004b). En la segunda mitad de ese año, campesinos e indígenas realizaron dos bloqueos prolongados de las carreteras: en la vía panamericana el bloqueo duró 24 días entre los departamentos de Cauca y Nariño; a su vez, el bloqueo de las carreteras en el sur de Bolívar y en el César se mantuvo durante 10 días; mientras que en abril de 2000 varias carreteras importantes del Magdalena Medio y el sur de Bolívar estuvieron cerradas por 36 días en abril de 2000; así mismo, la comunidad emberá-katío protestó constantemente entre 1998 y el 2000 reclamando al gobierno para que tomara medidas ante el desastre ambiental y social que estaba originando la represa de Urrá, en el Alto Sinú en Córdoba. Para completar, la defensa de la vida, la soberanía y el medio ambiente constituyeron el contenido de las consignas de los levantamientos sociales en el Sarare (Norte de Santander), en el Magdalena Medio, el Sur de Bolívar y el Bajo Putumayo (Prada, 2004).

Por su parte, los estudiantes también protestaron por el Plan de Desarrollo, pues pensaban que este afectaría el carácter público de la educación, ya que modificaba los aportes estatales al aparato educativo, aumentaba las matrículas (una forma disimulada de elitizar la educación) y torpedeaba la autonomía universitaria, creando nuevos programas educativos bajo la orientación del Ministerio de Hacienda (García, 2004a).

Paralelamente a esta situación conflictiva, las conversaciones de paz se iniciaron el 7 de enero de 1999, con la instalación de la mesa de negociaciones en San Vicente del Caguán, con la presencia de personalidades nacionales e internacionales. No obstante, estas conversaciones comenzaron ya en crisis, pues el máximo dirigente de las FARC, Tirofijo, no asistió a este acto de apertura, dejando “la silla vacía” y haciéndole un desplante público al presidente y al país<sup>79</sup>. En transmisión por televisión para todo el país, los ciudadanos colombianos vieron en vivo y en directo

---

<sup>79</sup> Jorge Cardona Alzate y Catalina González Navarro. Cuando Marulanda dejó la “silla vacía”. *El Espectador*. 23 de junio de 2016. <https://www.elespectador.com/colombia2020/pais/cuando-marulanda-dejo-la-silla-vacia-articulo-854548/>

cómo, al sentarse el presidente en la silla escogida para él en la mesa de negociaciones, se quedó esperando durante un buen tiempo la llegada del máximo jefe de las FARC. Los dirigentes de segundo rango de este grupo guerrillero argumentaron después que Tirofijo había dejado la silla vacía porque temía por un atentado contra su vida. Con esto estaban señalando obstáculos reales e indicando las deficiencias generales del proceso que fue organizado sin tomar todas las precauciones del caso. La “silla vacía” se convirtió así en un símbolo de la fallida negociación. No obstante, el gobierno Pastrana reiteró su voluntad de alcanzar la paz<sup>80</sup>.

Desde el inicio de las Conversaciones quedaron en evidencia las debilidades del enfoque y los mecanismos para la puesta en marcha de una agenda de negociaciones sin haber suspendido las acciones armadas por parte de la guerrilla. Esta era una condición no digerible para las Fuerzas Armadas y se convirtió en un pesado fardo para los negociadores del Gobierno. Para las FARC, en cambio, la no suspensión de las actividades militares significó aumentar al máximo su protagonismo político-militar. Para ellos era claro que ni la paz ni la dejación de las armas estarían incluidas en esa negociación, al menos para ese cuatrienio (Torres del Río, 2010: 440) y que el despeje era apenas el comienzo de una negociación mucho más larga (Pizarro Leongómez, 2004: 61-69).

Por su parte, para los paramilitares ese proceso era inadmisibile, pues su triple alianza con los grupos de poder locales, con algunos sectores de las Fuerzas Armadas y con los narcotraficantes, pretendía desmontar el andamiaje gubernamental (Romero, 2003). Para una buena parte de los dirigentes civiles nacionales “el experimento no hacía más que traslucir la notoria debilidad del Estado y la ausencia de un liderazgo nacional fuerte y con vocación de victoria sobre los rebeldes; la realidad les exigía pasar el trago amargo y prepararse para un proceso futuro distinto en torno al conflicto armado interno” (Torres del Río, 2010: 440).

Una semana después de iniciadas las conversaciones, el Gobierno y la guerrilla expusieron sus agendas. Así, se hicieron evidentes las diferencias y las afinidades de las partes. El Ejecutivo planteó un decálogo

---

<sup>80</sup> Idem.

de reforma política, fortalecimiento de la justicia, protección de los derechos humanos, reforma agraria, sustitución de cultivos ilícitos y lucha contra el paramilitarismo. Por su parte, las FARC sacaron a relucir unos objetivos mayores: “solución política al conflicto, destinación del 50 % del presupuesto al bienestar social, redistribución del ingreso, política agraria con democratización de los créditos, reglas claras para la explotación de recursos naturales, relaciones internacionales fundamentadas en la libre determinación de los pueblos, la destinación de las Fuerzas Armadas a la custodia de la soberanía, y solución al problema de las drogas”<sup>81</sup>.

A pesar del entusiasmo de los primeros días, en la primera semana de febrero de 1999, las FARC anunciaron que no retomarían las conversaciones hasta que el Gobierno no demostrara resultados efectivos en la lucha con los paramilitares. Este nuevo “obstáculo vaticinó que el proceso no iba a ser un lecho de rosas”<sup>82</sup>.

Esta situación dejaba ver que existían desacuerdos entre el mando militar, que parecía estar comprometido con los paramilitares, y el gobierno civil. Mientras tanto, los enfrentamientos entre la guerrilla y los paramilitares, en su lucha por controlar algunas zonas específicas, recursos y poblaciones, iban dejando saldos trágicos en la población civil (Torres del Río, 2010: 440-441).

Así, los diálogos quedaron congelados y empezó un tere y afloje político que se agravó la primera semana de marzo del mismo año, cuando trascendió que las FARC habían secuestrado y asesinado a Terence Freitas, Ingrid Washinawatok y Laheenae Gay, tres ambientalistas estadounidenses que realizaban labores humanitarias en la comunidad de los u'was en Arauca. “La guerrilla expresó sus condolencias al gobierno de Estados Unidos, pero Washington comenzó a tomar distancia”. Pero el hecho “suscitó un largo forcejeo entre Gobierno y guerrilla, alentado por posiciones extremas en la opinión pública”. Para tratar de superar la crisis, “las FARC

---

<sup>81</sup> Jorge Cardona Alzate y Catalina González Navarro. Cuando Marulanda dejó la “silla vacía”. *El Espectador*. 23 de junio de 2016. <https://www.elespectador.com/colombia2020/pais/cuando-marulanda-dejo-la-silla-vacia-articulo-854548/>

<sup>82</sup> Idem.

sacaron a relucir una de sus estrategias para balancear la controversia: las pruebas de supervivencia de los prisioneros de guerra”<sup>83</sup>.

La crisis se prolongó hasta el mes de abril, cuando se reanudaron las conversaciones. No obstante, apenas regresaron los negociadores al Caguán se disparó otra polémica interminable, esta vez, relacionada con la definición del tiempo que duraría el despeje de la zona. Especialmente, a partir de que el Gobierno alcanzó a sugerir su prórroga indefnida. “Este comentario provocó una masiva renuncia de militares, que el Gobierno tuvo que afrontar con apremio”<sup>84</sup>.

Desde ese momento en adelante, cada que se aproximaba el fin del despeje y su inminente prórroga, se formó una nueva crisis, aumentada por los constantes hechos de violencia porque la confrontación armada entre el Estado y las FARC nunca se detuvo. Al final, hacia el mes de julio de 1999, las partes aceptaron una verificación internacional, pero al mismo tiempo las FARC demostraron que su prioridad era el canje [...]. El resto de 1999 se desarrolló en las mismas condiciones: escasos avances en la negociación y demasiado ruido político<sup>85</sup>.

## **Cierre del primer gran período**

En medio del tire y afloje en las conversaciones de paz, a finales del mes de mayo de 1999, el decano Tribín Ferro renunció a su cargo, cerrándose así este primer gran período de la historia de la Facultad de Medicina. Su decanatura marcó hitos en esta historia: en primer lugar, él fue el primer decano egresado de la Facultad, hecho que imprimió a este último subperíodo, del Primer Gran Período, una impronta de espíritu médico rosarista, un poco distinta de aquella durante la cual la Facultad estuvo regida por la Sociedad de Cirugía de Bogotá; en segundo lugar, su decanatura estuvo marcada por un nuevo rumbo en la estructura curricular de la Facultad; en tercer lugar, la separación de las dos instituciones fundadoras condujo a una reconfiguración de la Facultad y de las demás áreas de salud de la

---

<sup>83</sup> Idem.

<sup>84</sup> Idem.

<sup>85</sup> Idem.

Universidad, tanto desde el punto de vista administrativo como locativo: por primera vez, quedaron reunidas las cuatro facultades de salud en una sede propia, con sus correspondientes estructuras académico-administrativas; en cuarto lugar, se logró la reubicación de los estudiantes de pre y de posgrado en nuevos centros de práctica, con convenios propios de la Universidad, para resolver la situación causada por el retiro del Hospital de San José y el cierre del Hospital Infantil Lorencita Villegas de Santos. Todos estos movimientos garantizaron la continuidad de la Facultad y su progreso futuro a pesar de la crisis que implicó la separación de las dos instituciones fundadoras. Estos cambios comenzaron a tener un impacto positivo tanto en la vida académica de los estudiantes como en las actividades de los profesores.



## Bibliografía

- Abad Gómez, Héctor (1962). Diez años de salud pública en Antioquia. *Antioquia Médica*, 12(10): 662-666.
- Abad Gómez, Héctor (1986). *Características del desarrollo científico en Colombia y su relación con la salud pública*. Seccional Cali. Facultad de Ciencias de la Salud Sociedad Valle Caucana de Salud Pública/Universidad Libre, Cátedra de Salud Pública. Cali, Sociedad Valle Caucana de Salud Pública/Universidad Libre.
- Abad Gómez, Héctor (1987). *Teoría y práctica de la salud pública*. Medellín: Universidad de Antioquia.
- Acheson, Roy M. (1987). "The origins, contents and early development of the curriculum in state medicine and public health, 1865-1895". En S. Farrow (Ed.), *The Public Health Challenge* (pp. 21-32). Londres: Faculty of Community Medicine/Royal College of Physicians.
- Acheson, Roy M. (1991). "The British Diploma in Public Health: birth and adolescence". En Elizabeth Fee & Roy M. Acheson, *A History of Education in Public Health* (pp. 44-82). Oxford, Oxford University Press.
- Aglietta, Michael (2001). El capitalismo en el cambio de siglo: la teoría de la regulación y el desafío del cambio social. *New Left Review*, 7, 16-70.
- Aguilar, Patricia de & Silva López, Jairo (1979). *Historia de las instituciones de salud en Colombia*. Bogotá, D. C., Ministerio de Salud/Dirección de Investigaciones (inédito).

- Albrecht, Gary L., Fitzpatrick, Ray & Scrimshaw, Susan C. (Eds.). (2000). *Social Studies in Health & Medicine*. Londres: SAGE.
- Althusser, Louis (1969) [1967]. *Para leer El capital*. Segunda edición en Español. México: Siglo XXI Editores, S. A.
- Althusser, Louis (1970a). *Ideología y aparatos ideológicos de Estado*. Bogotá, D. C.: Ediciones Los Comuneros.
- Althusser, Louis (1970) [1965]. *La revolución teórica de Marx*. 5.ª ed. en español. México: Siglo XXI Editores, S. A.
- Althusser, Louis (1970b). *Sobre el trabajo teórico: dificultades y recursos*. Barcelona: Cuadernos Anagrama.
- Althusser, Louis (1974a). “Ideología y aparatos ideológicos de Estado (*Notas para una investigación*)”. En Louis Althusser (Autor). *Escritos* (pp. 105-170). Barcelona: Editorial Laia.
- Althusser, Louis (1974b). *Para una crítica de la práctica teórica. Respuesta a John Lewis*. Buenos Aires: Siglo XXI Argentina Editores.
- Althusser, Louis (1975). *Curso de filosofía para científicos*. Barcelona: Editorial Laia.
- Althusser, Louis (1977a). *Posiciones*. México: Grijalbo.
- Althusser, Louis (1977b). *Posiciones*. Barcelona: Grijalbo.
- Alvarado, R. (2015). *Entrevista sobre la Historia de la Facultad de Medicina del Rosario*. Entrevistador: Emilio Quevedo V. Fecha de realización: 5 de octubre. Proyecto de Historia de la Facultad de Medicina de la Universidad del Rosario. Tercera Fase: 1969-2017.
- Alvarado, Ricardo (2020). *Conversaciones sobre la Historia de la Facultad de Medicina del Rosario*. Entrevistadores: Emilio Quevedo V. Fecha de realización: 5 de octubre. Proyecto de Historia de la Facultad de Medicina de la Universidad del Rosario. Tercera Fase: 1969-2017.
- Álvarez, Beatriz & Rodríguez, Laura (2012). “El nuevo trivium”. En: Gustavo A. Quintero (Ed.), *Educación Médica. Diseño e implementación de un currículo basado en resultados del aprendizaje* (pp. 157-177). Bogotá, D. C.: Editorial Universidad del Rosario.
- Álvarez Otero, Beatriz Elena & Ortiz Fonseca, Martha (2017). “Aprender a aprender en las actividades integradoras de aprendizaje por sistemas (AIAS). Sistema nervioso: Nuevo Trivium”. En Alejandro Velásquez Torres & Leonardo Palacios Sánchez (Ed.), *Actividades*

- integradoras de aprendizaje por sistemas, AIAS del sistema nervioso* (pp. 1-17). Bogotá, D. C.: Editorial Universidad del Rosario.
- Amaya Pulido, Pedro José (1987). “Presentación”. En República de Colombia. Presidencia de la República. Ministerio de Educación Nacional. COLCIENCIAS. *Foro Nacional sobre Política de Ciencia y Tecnología para el Desarrollo. Memorias* (pp. 9-10). Bogotá D. C.: Fondo Colombiano de Investigaciones Científicas y Proyectos Especiales “Francisco José de Caldas”. COLCIENCIAS.
- Anaya Cabrera, Juan Manuel (2020). *Entrevista sobre la Historia del CREA de la Universidad del Rosario*. Entrevistador(es): M. Camila Núñez Gómez & L. Palacios Sánchez. Fecha de realización: 8 de mayo. Historia de la Facultad de Medicina de la Universidad del Rosario. Bogotá, D. C. (Inédita).
- Araque, Luis Ricardo & Pérez de Meza, Ruth (1996). “Introducción a la medicina”. En Eric Hernández Triana, Alfonso A. Tribín Ferro & Leonardo Palacios Sánchez (Eds.), *Facultad de Medicina del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario. Treinta años del restablecimiento* (pp. 122-131). Bogotá, D. C. (Inédito).
- Archila Neira, Mauricio (1999). “Entre la academia y la política: el movimiento estudiantil en Colombia, 1920-1974”. En Renate Marsiske (Coord.), *Movimientos estudiantiles en la historia de América Latina, Vol. 1* (pp. 158-174). México: UNAM.
- Archila Neira, Mauricio (2004a). “Colombia 1975-2000. De crisis en crisis”. En Mauricio Archila Neira, Delgado G., García V. Prada, M. (Ed.), *Veinticinco años de luchas sociales en Colombia, 1975-2000* (pp. 13-43). Bogotá, D. C.: CINEP.
- Archila Neira, Mauricio (2004b). *Veinticinco años de luchas sociales en Colombia, 1975-2000* Bogotá, D. C.: CINEP.
- Ariza Arias, Diego (2014). *La zona de distensión del Cauán: análisis de los factores económicos, políticos y sociales a partir del concepto de Estado fallido*. Monografía de Pregrado en Politología. Politólogo. Facultad de Ciencia Política y Gobierno. Universidad del Rosario. Bogotá, D. C.
- Arouca, Sergio (2008) [1976]. El dilema preventivista: contribuciones a la comprensión y crítica de la medicina preventiva. *Salud Colectiva, 1*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

- Ase, Iván & Burijovich, Jacinta (2009). La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud? *Salud Colectiva*, 5(1), 27-47.
- Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (1964a). *Internado Rotatorio*. Bogotá: D. C.: Tercer Mundo Editores/Comité Ejecutivo de ASCOFAME.
- Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (1964b). *Medicina y desarrollo social: la contribución de la educación médica a la tarea del desarrollo económico-social*. Bogotá, D. C.: Tercer Mundo Editores/Comité Ejecutivo de ASCOFAME.
- Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (1965). *Informe de la Comisión de Medicina Preventiva y Administración*. Tomo 416. Informe de la División de Educación, Planeación y Desarrollo sobre Facultad de Medicina en el Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario. Bogotá, D. C.: ASCOFAME.
- Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (1974). *ASCOFAME 15 años*. Bogotá, D. C.: ASCOFAME.
- Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (2017). *Consenso de Montería sobre Educación Médica*. Montería: ASCOFAME. 3 de noviembre.
- Astaiza, José Heber (1996). "Evolución de organización curricular de la Facultad de Medicina, 1965-1995". En Erik Hernández Triana, Alfonso Tribín Ferro & Leonardo Palacios Sánchez (Ed.), *Facultad de Medicina del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario. Treinta años del restablecimiento* (pp. 331-338). Bogotá, D. C. (Inédito).
- Atcon, Rudolph P. (1966) [1964]. *La universidad alemana. Su transformación estructural*. Bogotá, D. C.: ECO-Revista de la Cultura de Occidente.
- Atcon, Rudolph P. (s. f.). *La universidad latinoamericana. Clave para un enfoque conjunto del desarrollo coordinado social, económico y educativo en la América Latina (Plan Atcon)*. Sin lugar de publicación, sin editorial.
- Anónimo. (1969). *Las luchas estudiantiles en el mundo*. Berkeley, Berlín, Roma, Madrid, Tokio, Ankara, Belgrado, Praga, Río, Varsovia, México. Colección Testimonios. Buenos Aires: Editorial Galerna.
- Bachelard, Gaston (1973) [1971]. *Epistemología*. Barcelona: Editorial Anagrama.

- Bachelard, Gaston (1973). “La actualidad de la historia de las ciencias”.  
En G. Bachelard (Autor), *El compromiso racionalista* (pp. 148-164).  
Buenos Aires: Siglo XXI.
- Bachelard, Gaston (1973) [1940]. *La filosofía del no*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Bachelard, Gaston (1978). *El racionalismo aplicado*. Buenos Aires, Editorial Paidós.
- Bachelard, Gaston (1981) [1934]. *El nuevo espíritu científico*. México, D. F.:  
Editorial Nueva Imagen.
- Bachelard, Gaston (1981) [1938]. *La formación del espíritu científico*. México:  
Siglo XXI Editores.
- Ballén, Rafael (2006). *La pequeña política de Uribe. ¿Qué hacer con la seguridad democrática?* Sexta edición. Bogotá, D. C.: Ediciones Desde Abajo/  
Ediciones Le Monde Diplomatique Colombia.
- Barbosa, Luis Ernesto (1996). “Bioquímica”. En E. Hernández Triana, A. Tribín Ferro & L. Palacios Sánchez (Eds.), *Facultad de Medicina del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario. Treinta años del restablecimiento* (pp. 136-138). Bogotá, D. C. (Inédito).
- Becerra Lara, Antonio (1996). “Administración de Guillermo Fergusson Manrique y Arturo Aparicio Jaramillo”. En Eric Hernández Triana, Alfonso Tribín Ferro & Leonardo Palacios Sánchez (Eds.), *Facultad de Medicina del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario. Treinta años del restablecimiento* (pp. 101-103). Bogotá, D. C. (Inédito).
- Becerra Lara, Antonio (1996) [1990]. “Historia de la Reapertura. Discurso para la conmemoración de los veinticinco años de la fundación de la Facultad de Medicina del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, 22 de junio de 1990”. En Eric Hernández Triana, Alfonso Tribín Ferro & Leonardo Palacios Sánchez (Eds.), *Facultad de Medicina del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario. Treinta años del restablecimiento* (pp. 94-100). Bogotá, D. C. (Inédito).
- Bejarano, Jesús Antonio (1995). “Industrialización y política económica, 1950-1976”. En Jorge Orlando Melo (Editor académico), *Colombia hoy. Perspectivas hacia el siglo XXI* (pp. 211-252). Bogotá, D. C.: Tercer Mundo Editores.
- Bejarano Martínez, Jorge (1946). Reseña histórica de la higiene en Colombia. *Revista de la Facultad de Medicina*, Suplemento n.º 7.

- Bello, Felio (2019). *Conversación sobre la historia de la Facultad de Medicina de la Universidad del Rosario*. Entrevistador: L. Palacios Sánchez. Fecha de realización: 20 de junio, Bogotá.
- Belmar, Roberto (2012). Homenaje a Victor W. Sidel: el Departamento de Medicina Social en el Centro Médico Montefiore y Victor Sidel. *Medicina Social*, 7(3), 161-162.
- Berger, Peter & Luckmann, Thomas (1968) [1967]. *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Berkley, Seth; Bobadilla, Jose-Luis; Hecht, Robert; Hill, Kenneth; Jamison, Dean; T., Murray; Christopher, J. L., ... Musgrove, Philip; Saxe-nian, Helen & Tan, Jee-Peng (1993). *World Developing Report 1993: Investing in Health*. World Development Report; World Development Indicators. Washington, D. C.: World Bank. World Bank Group.
- Berlinguer, Giovanni (1988). *A Doencia*. São Paulo: Editora Hucitec; Centro Brasileiro de Estudos de Saúde.
- Berlinguer, Giovanni (1991). "O capital como fator patógeno". En G. Berlinguer, *Storia e Política della salute*. Milano: Franco Angeli.
- Berlinguer, Giovanni (1998). "Globalizzazione e Salute globale". En *Proceedings. X International Conference. International Association of Health Policy* (pp. 5-12). Perugia: International Association of Health Policy.
- Beveridge, Sir William (1942). *Social insurance and Allied Services, Cmd 6404*. Londres, HMSO.
- Bigelow, George H. & Lombard, Herbert L. (1933). *Cancer an Other Chronic Diseases in Massachusetts*. Cambridge, The Riverside Press.
- Blum, Henrik L. (1974). *Planning for Health*. Nueva York: Human Sciences Press.
- Blythe, Tina (2010) [1999]. *Enseñanza para a comprensión. Guía para el docente*. Buenos Aires: Paidós.
- Boyer, Robert (2008). "¿Que modelo de Estado Providencia? ¿Cómo conciliar seguridad social y eficacia económica el la era de la globalización? Una lectura regulacionista". En M. Novick & G. Pérez Soto (Coords.), *El Estado y la reconfiguración de la protección social* (pp. 107-146). Buenos Aires: Siglo XXI Editora Iberoamericana.

- Boyer, Robert (2011). Poskeynesianos y regulacionistas: ¿una alternativa a la crisis de la economía estándar? *Economía: teoría y práctica, Nueva Época*, 35, 11-43.
- Boyer, Robert (2013). “Los financieros ¿destruirán el capitalismo?”. Buenos Aires: Miño y Dávila/CEIL/Trabajo y Sociedad.
- Braudel, Fernand (1979). “La larga duración”. En F. Braudel (Autor), *La historia y las ciencias sociales* (pp. 60-106). Madrid: Alianza editorial.
- Braunstein, Nestor A. (1980). *Psiquiatría, teoría del sujeto, psicoanálisis (hacia Lacan)*. México: Siglo XXI Editores.
- Breilh, Jaime & Granda, Edmundo (1986). La Epidemiología en la forja de una contrahegemonía. *Salud Problema de México*, 11, 25-40.
- Breilh Paz y Miño, Jaime (1987). “La epidemiología entre fuegos”. En. *Taller Latinoamericano de Medicina Social* (pp. 35-59). Medellín: Alames/Universidad de Antioquia.
- Breilh Paz y Miño, Jaime (1989). *Epidemiología: economía, medicina y política*. 3.<sup>a</sup> ed. México: Fontamara.
- Breilh Paz y Miño, Jaime (2003). *Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial, S. A.
- Breilh Paz y Miño, Jaime (2013). La deteminación social de la salud como herramienta de transformación social hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31, 13-27.
- Briceño Ayala, Leonardo & Latorre, C. (2016). *Entrevista sobre la historia de la Facultad de Medicina del Rosario*. Entrevistador: E. Quevedo V.
- Brown, Dan (2013). *Inferno*. Barcelona: Editorial Planeta, S. A.
- Brown, P. (1993). Editorial: World Bank’s cure for donor fatigue. *The Lancet*, 342, 0: 63-64.
- Brown, Theodore M.; Cueto, Marcos & Fee, Elizabeth (2006) [2004]. La Organización Mundial de la Salud y la transición de la “Salud Internacional” a la “Salud Global”. En M. Cueto & V. Zamora (Eds.), *Historia, salud y globalización* (pp. 69-101). Lima: Instituto de Estudios Peruanos.
- Brown, Theodore M. & Fee, Elizabeth (2002). Sidney Kark and John Cassel. Social Medicine Pioneers and South African Emigrés. *American Journal of Public Health*, 92(11), 1744-1745.

- Brown, Theodore M.; Fee, Elizabeth & Cueto, Marcos (2006). The World Health Organization and the Transition From “International” to “Global” Public Health. *American Journal of Public Health*, 96(1), 62-72
- Bryant, John H. (1969). *Health and the Developing World*. Ithaca: Cornell University Press.
- Buck, Carol (1986). Después de Lalonde: hacia la generación de la salud. *Boletín Epidemiológico, OPS/OMS*, 7(2), 10-15.
- Bushnell, David (2004). *Colombia: una nación a pesar de sí misma, de los tiempos precolombinos a nuestros días*. Bogotá, D. C.: Editorial Planeta.
- Caballero, Antonio (2018). *Historia de Colombia y sus oligarquías*. Bogotá, D. C.: Nomos/Ministerio de Cultura/Biblioteca Nacional de Colombia.
- Cabrera Arana, Gustavo Alonso (217). A Héctor Abad Gómez, a 30 años de su muerte. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 35(2).
- Cadena Afanador, Laura del Pilar (2007). *Análisis de los procesos de institucionalización de la enseñanza de la medicina preventiva en tres facultades de Colombia entre 1947 y 1965*. (Tesis de Maestría en Salud Pública. Director de tesis: Emilio Quevedo), Maestría en Salud Pública. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, D. C.
- Cadena Rey, Darío & Cáceres, Humberto (1997). *Sociedad de Cirugía de Bogotá. Itinerario histórico desde el 22 de Julio de 1902*. Bogotá, D. C.: Sociedad de Cirugía de Bogotá.
- Calderón, Jaime (2015). Autonomía médica y ley estatutaria de salud. *Acta Médica Colombiana*, 4(1), 51-53. Recuperado de <http://www.actamedicacolombiana.com/ojs/index.php/actamed/article/view/610/187>.
- Calvo, Julieta & Valderrama, Camilo (2018). *Entrevista sobre la Historia de la facultad de Medicina del Rosario*. Entrevistador: Emilio Quevedo V. Fecha de realización: 18 de mayo. Proyecto de Historia de la Facultad de Medicina de la Universidad del Rosario. Tercera Fase: 1969-2017. Bogotá, D. C.
- Calvo Suárez, Ana Julieta (1989). *Propuesta de apoyo al desarrollo social desde salud para Patio Bonito*. Propuesta presentada a Antonio Becerra Lara, decano de la Facultad de Medicina, y a Ricardo Alvarado, jefe del Departamento de Medicina Preventiva. Bogotá, D. C.: Facultad de Medicina Universidad del Rosario/Departamento de Medicina Preventiva. 10 de septiembre.

- Canguilhem, Georges (1966). *Le normal et le pathologique*. París: Presses Universitaires de France.
- Canguilhem, Georges (1971) [1966]. *Lo normal y lo patológico*. Buenos Aires: Siglo XXI Argentina Editores, S. A.
- Canguilhem, Georges (1975a). *Études d'histoire et de philosophie des sciences*. París: Librairie Philosophique J. Vrin.
- Canguilhem, Georges (1975b). "L'évolution du concept de méthode de Claude Bernard a Gaston Bachelard". En G. Canguilhem (Autor), *Études d'histoire et de philosophie des sciences* (pp. 163-171). París: Librairie Philosophique J. Vrin.
- Canguilhem, Georges (1975c). "L'objet de l'histoire des sciences". En Georges Canguilhem (Autor), *Études d'histoire et de philosophie des sciences* (pp. 9-23). París: Librairie Philosophique J. Vrin.
- Canguilhem, Georges (1975d). "La constitution de la physiologie comme science". En Georges Canguilhem (Autor), *Études d'histoire et de philosophie des sciences* (pp. 226-273). París: Librairie Philosophique J. Vrin.
- Canguilhem, Georges (1975) [1955]. *La formación del concepto de reflejo en los siglos XVII y XVIII*. Avance Teoría. Barcelona: Juan Lliteras Editor.
- Canguilhem, Georges (1982). El papel de la epistemología en la historiografía científica contemporánea. *Eco*, 247, 1-20.
- Cannon, Walter Bradford (1932). *The Wisdom of the Body*. Nueva York: Norton.
- Caralps, Pablo (2009). *Gripa mortal*. Bogotá, D. C., Editorial Planeta Colombiana, S. A.
- Cardoso, Fernando Henrique & Faletto, Enzo (1969) [1969]. *Dependencia y desarrollo en América Latina. Ensayo de interpretación sociológica*. México: Siglo XXI Editores.
- Casadiego, Ciro Alfonso (1997). Un sueño convertido en realidad. *Revista Nova et Vetera*, 573-574, 28-30.
- Casadiego, Ciro Alfonso (2016). *Entrevista sobre la Historia de la Facultad de Medicina de la Universidad del Rosario*. Entrevistador(es): Emilio Quevedo V. & Leonardo Palacios Sánchez. Fecha de realización: 9 de marzo. Historia de la Facultad de Medicina de la Universidad del Rosario, 1969-2017. Archivo del GESCTP. (Inédita).
- Cataño, Gonzalo (1986). *La sociología en Colombia*. Bogotá, D. C.: Plaza & Janes.

- Cheyne García, José Alejanddro (2018). Palabras del rector José Alejandro Cheyne García, pronunciadas el día de su posesión. *Revista Nova et Vetera*, 4(43).
- Chinoy, Ely (1975). *Introducción a la sociología*. Buenos Aires: Paidós.
- COLCIENCIAS (1991). *La misión de ciencia y tecnología. Colombia ciencia y tecnología*. Bogotá, D. C.
- Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario (1995). “Facultad de Medicina. Trabajo de Autoevaluación”. En Alfonso Tribín Ferro, Leonardo Palacios Sánchez & José Heber Astaiza (Eds.), *Material Proceso de Acreditación*. Bogotá D. C. (Inédito).
- Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario (2005). *Lineamientos para la Reforma Curricular de la Facultad de Medicina*. Documento impreso en computador, amablemente facilitado para nosotros por la profesora Ana Isabel Córdoba. Bogotá, D. C. (Inédito).
- Comisión de Determinantes Sociales en Salud-Organización Mundial de la Salud (CDSS-OMS) (2007). *Closing the Gap in a Generation: Health Equity Taking Action om the Causes of the Causes*. Informe final de la Comisión de Determinantes Sociales en Salud. Wasington. OMS.
- Comisión para la Transformación de la Educación Médica en Colombia & Quintero Hernández, Gustavo Adolfo (Editor) (2017). *Documento de recomendaciones para la transformación de la educación médica en Colombia*. Formato digital. Bogotá, D. C.: Minsalud; Mineducación. Ministerio de Educación & Ministerio de Salud. 17 de marzo.
- Comisión Preparatoria. Asamblea Nacional Constituyente. Comisión de Derechos Humanos (1990). *Derecho a la Educación, Fomento a la Cultura, la Ciencia y la Tecnología. Subcomisión 0401*. Bogotá, D. C.: Asamblea Nacional Constituyente.
- Cooke, Molly; Irby, David M. & O'Brien, Bridget C. (2010). *Educating Physicians. A call for Reform of Medical School and Residency*. Stanford, The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching/Josey Bass.
- Correa, Jorge (2018). *Conversaciones sobre la Historia de la Facultad de Medicina del Rosario*. Entrevistador(es): Emilio Quevedo V. & Leonardo Palacios Sánchez. Fecha de realización: 18 de junio. Proyecto Historia de la Facultad de Medicina del Rosario. Fase III, 1969-2017. Bogotá, D. C. (Inéditas).

- Corredor Arjona, Augusto (1997). Santiago Renjifo Salcedo. Reseña. *Biomédica. Revista del Instituto Nacional de Salud*, 17, 147-150.
- Cote Rodríguez, Jorge (2009). “El movimiento estudiantil de 1971: entre la homogeneidad y la heterogeneidad”. En M. Archila Neira, Mauricio, Jorge Cote Rodríguez, Álvaro Á. Delgado Guzmán *et al.*, *Una historia inconclusa. Izquierdas políticas y sociales en Colombia* (pp. 413-462). Bogotá D. C.: CINEP/COLCIENCIAS/Ediciones Ántropos Ltda.
- Croizier, Ralph (1968). *Traditional Medicine in Modern China: Science, Nationalism, and the Tensions of Cultural Change*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Cruz, Antonio Miguel (2018). *Conversaciones sobre la historia del Programa de Ingeniería Biomédica de la Universidad del Rosario*. Entrevistador(es): L. Palacios Sánchez & C. Núñez Gómez. (Inéditas).
- Cruz Correa, Edna Margarita (1996). “Historia del Consejo Estudiantil”. En Erik Hernández Triana, Alfonso Tribín Ferro & Leonardo Palacios Sánchez (Eds.), *Facultad de Medicina del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario. Treinta años del restablecimiento* (pp. 287-291). Bogotá, D. C. (Inédito).
- Cuéllar Montoya, Zoilo (2005). Obituario, Académico Dr. Antonio Ucrós Cuéllar. *Revista de Medicina*, 27(3).
- Cueto, Marcos (2004a). *El valor de la salud. Historia de la Organización Panamericana de la Salud*. Publicación científica y técnica n.º 600. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Cueto, Marcos (2004b). The Origins of Primary Health Care and Selective Primary Health Care. *American Journal of Public Health*, 94(11), 1864-1874.
- Cueto, Marcos (2006) [2004]. “Los orígenes de la atención primaria de salud y la atención primaria selectiva de salud”. En Marcos Cueto & Víctor Zamora (Eds.), *Historia, salud y globalización* (pp. 27-58). Lima: Instituto de Estudios Peruanos.
- Cueto, Marcos (2015). *Saúde Global: Uma Breve História. Temas em Saude*. Río de Janeiro: Editora Fiocruz.
- De Currea Lugo, Víctor; Hernández Álvarez, Mario; Paredes, Natalia & PROVEA (2000). *La salud está grave. Una visión desde los derechos*

- humanos*. Santa Fe de Bogotá: Plataforma Colombiana de Deechos Humanos, Democracia y Desarrollo.
- De Solla Price, Derek J. (1973). *Hacia una ciencia de la ciencia*. Barcelona: Ariel.
- Di Domenico, Juan (1965). Editorial: Consideraciones sobre educación médica. *Tribuna Médica*, 4(196), 1-4.
- Di Domenico, Juan (2003). Conversación sobre la Historia de la Facultad de Medicina del Colegio Mayor del Rosario. Agosto 5. Emilio Quevedo & Juliana Pérez. Bogotá, D. C., agosto 18. Entrevista grabada en cinta magnética.
- Díaz Uribe, Eduardo & Flórez Enciso, Luis Bernardo (1990). “Estudio Sectorial de Salud. Presentación General” (pp. 5). En Emilio Quevedo V., Mario Hernández A., Néstor Miranda C. *et al.*, *La Salud en Colombia: Análisis Socio-Histórico*. Bogotá, D. C.: Ministerio de Salud/Departamento Nacional de Planeación.
- Dirección de Investigación e Innovación (2018). *Políticas de funcionamiento del Comité de Ética en Investigación de la Universidad del Rosario*. Universidad del Rosario, Rectoría. Anexo del Decreto Rectoral n.º 1540. Bogotá, D. C.: Universidad del Rosario. Recuperado de <https://www.urosario.edu.co/Documentos/Investigacion/Soporte-a-la-investigacion/Politica-de-Funcionamiento-del-Comite-de-etica.pdf>.
- Djukanovic, V. & Mach, E. P. (Eds.). (1975). *Alternative Approaches to Meeting Basic Health Needs of Populations in Developing Countries, a Joint Unicef/WHO Study*. Ginebra: Unicef/WHO.
- Dos Santos, Theotonio (1970). *Lucha de clases y dependencia en América Latina*. Medellín: Editorial La Oveja Negra.
- Duque, Hernando (1996). “Informática Médica”. En Eric Hernández Triana, Alfonso Tribín Ferro & Leonardo Palacios Sánchez (Eds.), *Facultad de Medicina del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario. Treinta años del restablecimiento* (pp. 174-176). Bogotá, D. C.: inédito.
- Duque Naranjo, Camilo (2003). *Historia de la Cátedra de Medicina durante el período republicano, 1839-1867*. Bogotá, D. C.: Universidad del Rosario.
- Echeverri López, María Esperanza; Fernández Moreno, Sara Janeth; Girón Sierra, José Antonio & Torres Tovar, Mauricio (2004). *La salud al derecho. Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social*. Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública;

- Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social; Gobernación de Antioquia, Dirección Seccional de Salud.
- Echeverry, Gonzalo (1991). *Contra viento y marea, 25 años de Planificación Familiar en Colombia*. Bogotá, D. C.: Asociación Colombiana para el Estudio de la Población (ACEP).
- Eckstein, H. (1959). *The English Health Service: Its Origins, Structure and Achievement*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Eco, Umberto (1983) [1980]. *El nombre de la rosa*. 3ª. ed. Barcelona: Editorial Lumen.
- Editorial Galerna (1969). *Las luchas estudiantiles en el mundo*. Buenos Aires: Editorial Galerna.
- Eibenschutz, Catalina; Tamez González, Silvia & González Guzmán, Rafael (Eds.). (2011). ¿Determinación social o determinantes sociales de la salud? Memoria del Taller Latinoamericano sobre Determinantes Sociales de la Salud. Colección Abate Faría n.º 8. México, D. F.: Universidad Autónoma Metropolitana.
- El Catolicismo (1969). Editorial: Burla a la Humanae Vitae en el Rosario: *El catolicismo*. Editorial. Epoca VII n.º 1257, 4. Abril 6. Bogotá, D. C.
- El Tigre de Papel-Editores (Ed.) (1971). *Crisis Universitaria Colombiana 1971. Itinerario y documentos*. Medellín: Ediciones El Tigre de Papel.
- Entwistle, Noel (2009). *Teaching for understanding at university: universities into 21<sup>st</sup> century*. Palgrave: Macmillan.
- Escobar Triana, Jaime; Aristizabal Tobler, Chantal; Cadena Monroy, Álvaro; Cortés Torres, Carmen Julia; De Zubiría Samper, Sergio; Novoa Torres, Edgar; Ovalle Gómez, Constanza & Sánchez Murillo, José Antonio (2009). “Fundamento de la Misión Institucional de la Universidad del Bosque”. En Néstor Miranda Canal, Jaime Escobar Triana, Carlos Escobar Uribe & Nhayara Elena García Gómez, *Universidad El Bosque, una historia en construcción* (pp. 203-217). Bogotá, D. C.: Ediciones El Bosque.
- Eslava Castañeda, Juan Carlos; Vega Vargas, Manuel & Hernández Álvarez, Mario (2017). *Facultad de Medicina. Su historia*, tomo 1. Bogotá, D. C.: Centro Editorial Facultad de Medicina. Sede Bogotá/Universidad Nacional de Colombia.

- Espinosa Aranzales, Ángela Fernanda (2018). *Entrevista sobre la historia del programa de Enfermería de la Universidad del Rosario*. Entrevistador: María Camila Núñez Gómez. Fecha de realización: 29 de mayo.
- Espinosa Aranzales, Ángela Fernanda (2019). *Entrevista sobre la historia del programa de Enfermería de la Universidad del Rosario*. Entrevistador(es): María Camila Núñez Gómez, Emilio Quevedo V. & Leonardo Palacios Sánchez. Fecha de realización: 29 de noviembre.
- Estrada Álvarez, Jairo (2004). *Construcción del modelo neoliberal en Colombia, 1970-2004*. Bogotá, D. C.: Ediciones Aurora.
- Eyler, John M. (1997) [1977]. *Sir Arthur Newsholme and State Medicine, 1885-1935*. Cambridge History of Medicine. Cambridge, Cambridge University Press.
- Fayad Naffah, Ramón (2020). *Conversaciones sobre la Historia de la Facultad de Medicina de la Universidad del Rosario*. Emilio Quevedo V. Bogotá D. C.: inéditas.
- Federación de Estudiantes Universidad del Valle (FEUV) (1973). *El desarrollo político del movimiento estudiantil*. Cali: Editorial Herrera-Hermanos.
- Fee, Elizabeth; Brown, Theodore M. & Manuelpillai, Wesline (2015). Mervyn Susser (1921-2014): Fighter for Social Justice and Pioneer in Epidemiology. *American Journal of Public Health*, 105(7), 1316.
- Fergusson Manrique, Guillermo. (1973). *Esquema Crítico de la Medicina Colombiana en 1973*. Mimeografiado. Bogotá, D. C.: Archivo Personal de Emilio Quevedo. Proyecto Historia de la Facultad de Medicina del Rosario 1965-1969. Caja 1.
- Fergusson Manrique, Guillermo (1979) [1973]. *Esquema crítico de la medicina en Colombia*. Bogotá, D. C.: Cooperativa de Profesores de la Universidad Nacional de Colombia.
- Forero Pineda, Clemente (1991a). "Presentación". En República de Colombia. Instituto Colombiano para el Desarrollo de la Ciencia y la Tecnología. *Ciencia y Tecnología para una Sociedad Abierta* (pp. IX-XI). Bogotá, D. C.: Instituto Colombiano para el Desarrollo de la Ciencia y la Tecnología (COLCIENCIAS)/Departamento Nacional de Planeación.
- Forero Pineda, Clemente (1991b). "Presentación". En República de Colombia. Instituto Colombiano para el Desarrollo de la Ciencia y la

- Tecnología. *El Sistema Nacional de Ciencia y Tecnología. Instrumentos jurídicos. Ciencia y tecnología para una sociedad abierta*. Bogotá, D. C.: Instituto Colombiano para el Desarrollo de la Ciencia y la Tecnología (COLCIENCIAS)/Departamento nacional de Planeación: IX-XV.
- Forero Pineda, Clemente (1993). "Prefacio". En Emilio Quevedo V. (Coord.), *Salud para la calidad de la vida. Bases para un Plan del Programa Nacional de Ciencia y Tecnología de la Salud* (pp. 9-10). Bogotá, D. C.: Tercer Mundo Editores-COLCIENCIAS: IX-X.
- Fox, Daniel M. (1986). *Health Policies, Health Politics. The British and American Experience. 1911-1965*. Princeton: Princeton University.
- Franco Agudelo, Saul (1996). "Violencia y salud en Colombia". En Franco, Saúl (Ed.), *Colombia Contemporánea* (pp. 205-235). Santa Fe de Bogotá, Iepri-ECOE.
- Franco Agudelo, Saúl (2000). "La salud en la construcción de la paz". En Ana Luisa Velandía M., Saúl Franco A. & Camilo González Posso (Comps. y Eds.), *Conversaciones de paz: la salud en la agenda para la paz*. Santa Fe de Bogotá (pp. 9-26): Corporación Salud y Desarrollo; Agenda Ciudadana por la Paz, la Vida y la Libertad.
- Franco Ramírez, Gonzalo (1996). "Pediatria en el Hospital Infantil Lorencita Villegas de Santos". En Erik Hernández Triana, Alfonso Tribín Ferro & Leonardo Palacios Sánchez (Eds.), *Facultad de Medicina del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario. Treinta años del restablecimiento* (pp. 211-212). Bogotá, D. C.
- Frenk, Julio & Londoño de la Cuesta, Juan Luis (1997). Pluralismo estructurado: hacia un modlo innovador para la refora de los sistemas de salud en América Latina. *Salud y Gerencia*, 15, 1 y 5-28.
- Freund, Peter E. S. & McGuire, Meredith B. (1999). *Health, Illness and the Social Body. A Critical Sociology*. 3<sup>rd</sup> ed. Upper Saddle River, Nueva Jersey: Prentice Hall, Inc.
- Friedman, Milton (1966). *Capitalismo y libertad*. Madrid: Ediciones Rialp.
- Friedman, Nina S. de (1983). "Jaibanás, Neles y enfermedad: litoral Pacífico". En autores varios. *Medicina, Shamanismo y Botánica* (pp. 27-37). Bogotá, D. C.: Funcol.
- Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia (Farc-EP) (1999). "Plataforma para un gobierno de reconstrucción y reconciliación nacional".

- En *La vida y la libertad Mandato ciudadano por la paz. Conversaciones de Paz. Redefinición del Estado*. Santa Fe de Bogotá: Mandato Ciudadano por la Paz.
- Fundación Escuela Colombiana de Medicina (1984a). *Filosofía de un programa*. Vol. 1. Colección Educación Médica. Bogotá, D. C.: Escuela Colombiana de Medicina.
- Fundación Escuela Colombiana de Medicina (1984b). *Reflexiones sobre un programa*. Vol. 2. Colección Educación Médica. Bogotá, D. C.: Escuela Colombiana de Medicina.
- Fundación Milbank Memorial (1964). Recursos humanos para las actividades de salud y los programas de educación médica en América Latina. Reporte de una Conferencia de Mesa Redonda celebrada en la Torre del Hotel Beekman, Nueva York. Septiembre 30-octubre 4, 1963, bajo los auspicios unidos de la Organización Panamericana de la Salud y la Fundación Milbank Memorial. *Reimpreso de la Fundación Milbank Memorial. Trimestral, XLII(1)*, 11-66.
- Fundación Oftalmológica Nacional (2009). *Fundonal: la visión de un sueño*. Bogotá, D. C.: Puntoaparte Ediciones.
- Furtado, Celso (1964). *Desarrollo y subdesarrollo*. Buenos Aires: Eudeba.
- Furtado, Celso (1969) [1964]. *Dialéctica del desarrollo. Diagnóstico de la crisis del Brasil*. Bogotá, D. C.: Fondo de Cultura Económica.
- Galán Sarmiento, Luis Carlos (1971a). “Primer mensaje de Ministro a los estudiantes universitarios, 4 de marzo”. En El Tigre de Papel-Editores. *Crisis Universitaria Colombiana 1971* (pp. 236-238). *Itinerario y documentos*. Medellín: Ediciones El Tigre de Papel.
- Galán Sarmiento, Luis Carlos (1971b). Reportaje con el periódico *El Tiempo*, abril 6. En El Tigre de Papel-Editores. *Crisis Universitaria Colombiana 1971. Itinerario y documentos* (p. 231). Medellín: Ediciones El Tigre de Papel.
- Galvis, Silvia & Donadio, Alberto (1988). *El jefe supremo. Rojas Pinilla en la Violencia y el poder*. Bogotá, D. C.: Planeta Colombiana Editorial, S. A.
- Garay, Luis Jorge (2003). “Políticas públicas y garantías de los Desc”. En Paredes Hernández, Natalia (Ed.), *Embrujo autoritario. Primer año del gobierno de Álvaro Uribe* (pp. 33-44). Bogotá, D. C.: Plataforma Colombiana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo.

- García, Juan César (1994). *Pensamiento social en salud en América Latina*. At-lampa: Interamericana/McGraw Hill/OPS.
- García, Martha Cecilia (2004a). “Luchas estudiantiles”. En Mauricio Archila Neira, Álvaro Delgado G.; Cecilia García Martha y Esmeralda Prada. *Veinticinco años de luchas sociales en Colombia, 1975-2000* (pp. 167-204). Bogotá, D. C.: CINEP.
- García, Martha Cecilia (2004b). “Luchas urbano regionales”. En Mauricio Archila Neira. *Veinticinco años de luchas sociales en Colombia, 1975-2000*. Bogotá, D. C.: CINEP.
- García P., Carlos Arturo (1986). El movimiento estudiantil en Colombia, década del 60. *Argumentos. Universidad y Sociedad*, 14-17, 187-199.
- Gaviria Trujillo, César (1991). “Prólogo”. En República de Colombia. COLCIENCIAS. *Ciencia y tecnología para una sociedad abierta*. Bogotá, D. C.: Instituto Colombiano para el Desarrollo de la Ciencia y la Tecnología (COLCIENCIAS)/Departamento Nacional de Planeación.
- Geiger, H. Jack (1993). Community-Oriented Primary Care: The Legacy of Sidney Kark. *American Journal of Public Health*, 83(7), 946-947.
- Giraldo, César (2005). “Financiarización: un nuevo orden social y político”. En Pierre Salama, Jaime Marques-Pereira, Bruno Lautier, Yves Le Bonniec, Óscar Rodríguez Salazar & César Giraldo (pp. 233-283). *Sistemas de protección social: entre la volatilidad económica y la vulnerabilidad social* (pp. 233-283). Tomo I. Bogotá, D. C.: Universidad Nacional de Colombia/Centro de Investigaciones para el Desarrollo (CID).
- Godlee, Fiona (1994). WHO in crisis. *British Medical Journal*, 309, 1424-1428.
- Godue, Charles (1998). “La salud en los procesos de globalización y de internacionalización”. En Consuelo Ahumada, Amparo Hernández & Marcela Velasco (Ed.). *Relaciones internacionales, política social y salud: desafíos en la era de la globalización* (pp. 25-45). Bogotá, D. C.: Grupo Salud Internacional-Pontificia Universidad Javeriana.
- Gómez Córdoba, Ana Isabel (2005a). *Bioética y educación. Investigación, problemas y propuestas*. Bogotá, D. C.: Centro Editorial Universidad del Rosario.
- Gómez Córdoba, Ana Isabel (2005b). *Lineamientos para la Reforma Curricular de Medicina*. Documento de trabajo. Bogotá, D. C.: EMCS. UR.

- Gómez Córdoba, Ana Isabel (2007). Dilemas éticos en las relaciones entre la industria farmacéutica y los profesionales de la salud. *Persona y Bioética*, 11(28), 23-38.
- Gómez Córdoba, Ana Isabel (2008a). Repensar el cuidado al final de la vida: una mirada desde los principios de la bioética. *Colombia Revista Vía Salud*, 46, 7-13.
- Gómez Córdoba, Ana Isabel (2008b). Retos de la bioética en el siglo XXI: ¿evolución para la evolución? La ciencia genómica, como caso biotecnológico paradigmático. *Revista Latinoamericana de Bioética; Latinamerican Journal of Bioethics*, 8(14), 66-75.
- Gómez Córdoba, Ana Isabel (2009). La educación médica. Lineamientos para la formación de los profesionales de la salud. *Revista Javeriana*, 751(145), 29-37.
- Gómez Córdoba, Ana Isabel (2012). “Megatendencias en el entorno global”. En Gustavo A. Quintero (Ed.), *Educación Médica. Diseño e implementación de un currículo basado en resultados del aprendizaje* (pp. 3-16). Bogotá, D. C.: Editorial Universidad del Rosario.
- Gómez Córdoba, Ana Isabel (2018). Conversaciones sobre el desarrollo del Programa Educativo Institucional de la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad del Rosario. Leonardo Palacios Sánchez, 25 de mayo. Conversación por correo electrónico.
- Gómez Córdoba, Ana Isabel (2019-2020). *Conversaciones sobre la historia de la Facultad de Medicina de la Universidad del Rosario*. Entrevistador: Leonardo Palacios Sánchez.
- Gómez Córdoba, Ana Isabel & Latorre, Catalina (2004). *Documento Hospital de la Calera*. Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad del Rosario. (Inédito).
- Gómez Giraldo, Beatriz Lucía (2019). *Entrevista sobre la historia de la CIB*. Entrevistador(es): Emilio Quevedo V., Leonardo Palacios Sánchez, María Camila Núñez Gómez, María Catalina Sánchez Martínez & Ingrith Marián Anaya Quintero. Fecha de realización: 23 de octubre. Historia de la facultad de Medicina de la Universidad del Rosario. Bogotá, D. C. (Inédita).

- Gómez Paz, José Benjamin (2018). “El derecho a la seguridad social y el sistema de salud”. En José Benjamín Gómez Paz (Dir.), *Derecho de la seguridad social*. Buenos Aires: Astrea.
- Gómez Perineau, Francisco (Ed.) (1989). *El futuro de la educación médica en Colombia. Seminario nacional convocado por la Decanatura y el Departamento de Educación Médica. Medellín, abril*. Medellín: Universidad de Antioquia/Facultad de Medicina/Editorial Manuel Arroyabe.
- Gonzáles, María Isabel (2018). *Conversaciones sobre la historia de la Facultad de Medicina de la Universidad del Rosario*. Entrevistador: L. Palacios Sánchez. Fecha de realización: 30 de mayo. (Inéditas).
- Goodman, Neville Marriott (1970). *Wilson Jameson, Architect of National Health*. Londres, George Allen and Unwin Ltd.
- Greenwood, Major (1935). *Epidemics and Crowd Diseases. An Introduction to the Study of Epidemiology*. Nueva York: The MacMillan Company.
- Greenwood, Mayor (1988). “Epidemiología del cáncer”. En Carol Buck *et al.* (Eds.), *El desafío de la epidemiología. Problemas y lecturas seleccionadas*. Washington, D. C.: OPS/OMS: 115-125.
- Griver, Simon (1999). *Israel en foco. El Progreso en la Salud Pública Mejora la Salud de la Poblacion*. Israel, State of Israel. Israel Ministry of Foreign Affairs 2018. Recuperado de <http://www.mfa.gov.il/MFA/MFAES/MFAArchive/Pages/Israel%20en%20foco-%20El%20Progreso%20en%20la%20Salud%20Publica%20Me.aspx>.
- Grupo de Neurociencias Universidad del Rosario (2000a). *Acta de Constitución del Grupo de Neurociencias de la Universidad del Rosario, NEUROS*. Bogotá, D. C.: Universidad del Rosario.
- Grupo de Neurociencias Universidad del Rosario (2000b). *Línea de Investigación en Neurociencias*. Bogotá, D. C.: Universidad del Rosario. (Inédito).
- Gunder Frank, Andre (1970). *Lumpenburguesía: Lumpendesarrollo. Dependencia, clase y política en Latinoamérica*. Medellín: Editorial la Oveja Negra.
- Guzmán Mora, Fernando (1997). La Facultad de Medicina. Pasado, presente y futuro. *Nova et Vetera. Rosario. Revista del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario*, 89-90(573-575), 31-36.
- Halperin Donghi, Tulio (1993). *Historia contemporánea de América Latina*. 14.<sup>a</sup> ed. Madrid: Alianza Editorial.

- Harden, R. M.; Sowden, S. & Dunn, W. R. (1984). Some educational strategies in curriculum development: the SPICES model. *Medical Education*, 18(4), 284-297.
- Harnecker, Marta (1970) [1969]. *Los conceptos elementales del materialismo histórico*. 4.ª ed. Buenos Aires: Siglo XXI Editores, S. A.
- Hartlyn, Jonathan (1993) [1988]. *La política del régimen de coalición. La experiencia del Frente Nacional en Colombia*. Bogotá, D. C.: Tercer Mundo Editores/Ediciones Uniandes/CEI.
- Henderson, James D. (2012). *Víctima de la globalización. La historia de cómo el narcotráfico destruyó la paz en Colombia*. Bogotá, D. C.: Siglo del Hombre Editores.
- Hernández Álvarez, Mario (2000a). La fractura originaria en la organización de los servicios de salud en Colombia, 1910-1946. *Anuario Colombiano de Historia Social y de la Cultura*, 27, 7-26.
- Hernández Álvarez, Mario (2000b). “La salud en el Proceso de Paz”. En Ana Luisa Velandia M., Saúl Franco A. & Camilo González Posso (Comps. y Eds.), *Conversaciones de paz: la salud en la agenda para la paz* (pp. 85-98). Corporación Salud y Desarrollo/Agenda Ciudadana.
- Hernández Álvarez, Mario (2002). Reforma sanitaria, equidad y derecho a la salud en Colombia. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(4), 991-1001.
- Hernández Álvarez, Mario (2003). “Neoliberalismo en salud: desarrollos, supuestos y alternativas”. En Darío I. Restrepo (Ed.), *La falacia neoliberal. Crítica y alternativas* (pp. 347-361). Bogotá, D. C.: Universidad Nacional de Colombia.
- Hernández Álvarez, Mario (2020). *Conversaciones sobre la Ley Estatutaria en Salud* Entrevistador(es): Emilio Quevedo V. Fecha de realización: junio. Historia de la Facultad de Medicina de la Universidad del Rosario. Bogotá, D. C. (Inédita).
- Hernández Álvarez, Mario; Obregón Torres, Miranda; Canal, Néstor; García, Claudia Mónica; Eslava Castañeda, Juan Carlos; Vega Romero, Román & Barbosa Morales, Diego (2002). *La Organización Panamericana de la Salud y el Estado colombiano: cien años de historia, 1902-2002*. Bogotá, D. C.: OPS/OMS.

- Hernández Triana, Erik; Tribín Ferro, Alfonso & Palacios Sánchez, Leonardo (1996). *Facultad de Medicina del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario. Treinta años del restablecimiento*. Bogotá, D. C. (Inédito).
- Hildebrand, Martín von (1983). “Cosmovisión y el Concepto de Enfermedad entre los Ufaina”. En Barriga Hernando García, Antorveza Triana y Myriam Jimeno Santoyo (Eds.), *Medicina, Shamanismo y Botánica* (pp. 48-63). Bogotá, D. C.: Funcol.
- Hill, Charles & Woodcock, John (1949) [1949]. *The National Health Service*. 1<sup>st</sup> ed. Londres, Christopher Johnson.
- Horwitz, Abraham (1961). El desarrollo económico y el bienestar social. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 51(5), 387-389.
- Horwitz, Abraham (1962). Enseñanza superior de la Salud Pública. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 52(3), 248-250.
- Horwitz, Abraham (1969). Editorial. Encuesta sobre las Escuelas de Salud Pública de la América Latina. *Educación Médica y Salud*, 3(3), 163-166.
- Horwitz, Abraham (1970). Reformas en la enseñanza de Salud Pública. *Educación Médica y Salud*, 4(1-2): 8-13.
- Huard, Pierre & Wong, Ming (1976). “La medicina china”. En Pedro Laín Entralgo (Ed.), *Historia Universal de la Medicina* (pp. 159-195). Vol. 1. Barcelona: Salvat Editores, S. A.
- Humphreys II, George H. (1950). Informe de la Misión Médica Unitaria a Colombia. *Boletín Clínico*, 10(10), 271-317.
- Illich, Ivan (1975). *Némesis médica. La expropiación de la salud*. Barcelona: Barral Editores.
- Iriarte, Gabriel (1997). El día que Nixon viajó a China para normalizar las relaciones comerciales. *Revista Diners*. Febrero. Recuperado de [https://revistadiners.com.co/cultura/archivo/68473\\_el-dia-que-nixon-viajo-a-china-para-normalizar-las-relaciones-comerciales/](https://revistadiners.com.co/cultura/archivo/68473_el-dia-que-nixon-viajo-a-china-para-normalizar-las-relaciones-comerciales/)
- Isaza Restrepo, Andrés A. (2012). “Tendencias en educación médica”. En Gustavo A. Quintero (Ed.), *Educación médica. Diseño e implementación de un currículo basado en resultados del aprendizaje* (pp. 63-72). Bogotá, D. C.: Editorial Universidad del Rosario.
- Isaza Restrepo, Andrés (2015). *Entrevista sobre la historia de la Facultad de Medicina de la Universidad del Rosario*. Entrevistador(es): Emilio Quevedo V., Leonardo Palacios Sánchez & Camila Núñez Gómez. Fecha

- de realización: 10 de agosto. Proyecto de Historia de la Facultad de Medicina de la Universidad del Rosario, 1969-2017. Bogotá, D. C. (Inédita).
- Isaza Restrepo, Andrés (2018-2020). *Conversaciones sobre la Historia de la Facultad de Medicina del Rosario*. Entrevistadores: Emilio Quevedo V. & Catalina Sánchez M. Proyecto Historia de la Facultad de Medicina del Rosario. Fase III, 1969-2017. Bogotá, D. C.
- Isaza Restrepo, Andrés; Quiroga Chand, Alejandro; Rosa Gonzales, Claudia Natalí; Delgado Vega, Angélica María & Riveros Pérez, Alba Milena (2006). Tutores Pares en la Facultad de Medicina. *Revista Ciencias de la Salud*, 4, 122-135.
- Janzen, John M. (2002). *The Social Fabric of Health. An Introduction to Medical Anthropology*. Nueva York: McGraw Hill.
- Jaramillo Jaramillo, Orlando; Cáceres García, Ana María; Liévano Quimbay, Mauricio; Sefair Cristancho, Carlos; Fernando F. & Pardo Oviedo, Juan Mauricio (2016). *De la oruga a la Mariposa: Méderi, la historia de un sueño hecho realidad*. Bogotá, D. C.: Editorial Universidad del Rosario.
- Jimeno S., Myriam (1983). “Medicina Institucional y saber Indígena, conclusiones de dos talleres de salud”. En Hernando García Barriaga, Adolfo Triana Antorveza y Myriam Jimeno Santoyo (Eds.), *Medicina, Shamanismo y Botánica* (pp. 11-19). Bogotá, D. C.: Funcol.
- Kalmanovitz, Salomón (1983). *El desarrollo tardío del capitalismo. Un enfoque crítico de la teoría de la dependencia*. Bogotá, D. C.: Siglo XXI Editores.
- Kalmanovitz, Salomón (1985). *Economía y nación. Una breve historia de Colombia*. Bogotá, D. C.: Editorial Bedout-Cinep-Universidad Nacional de Colombia-Siglo XXI Editores.
- Kalmanovitz, Salomón (2019) [2010]. *Nueva Historia Económica de Colombia*. 2.<sup>a</sup> ed. Bogotá, D. C.: Taurus.
- Kark, Sydney L. (1974). *Epidemiology and Community Medicine*. Nueva York, NY: Appleton-Century-Crofts.
- Kark, Sydney L. (1981). *The Practice of Community-Oriented Primary Health Care*. Nueva York, NY: Appleton-CenturyCrofts.
- Kennedy, John F. (1961). Mensaje del presidente John F. Kennedy a la Reunión Extraordinaria del Consejo Interamericano Económico y Social a

- nivel ministerial celebrada en Punta del Este, Uruguay, del 5 al 17 de agosto de 1961. *Revista del Banco de la República*, 34(406): 984-985.
- Knorr-Cetina, Karim & Mulkay, Michael (1983). *Science Observed. Perspectives on the Social Study of Science*. Londres, SAGE Publications.
- Kroeger, Axel & Luna, Ronaldo (1987). *Atención primaria de salud, principios y métodos*. 2.<sup>a</sup> ed. Washington: OPS/OMS.
- Kurlansky, Mark (2004). *1968. El año que conmocionó al mundo*. Colección Imago Mundi-Volúmen 69. Barcelona: Destino.
- Lalonde, Marc (1974). *A new perspective on the health of Canadians, a working document*. Ottawa, Canadá: Government of Canadá, Ministry of National Health and Welfare.
- Lapham, Maxwell; Goss, Charles & Berson, Robert (1954). Un estudio de la educación médica en Colombia (Informe de la Misión Médica Americana en 1953). *Antioquia Médica*, 4(5-6), 478-546.
- Latorre Santos, Catalina (2012). “El sistema de salud en Colombia”. En Gustavo A. Quintero (Ed.), *Educación Médica. Diseño e implementación de un currículo basado en resultados del aprendizaje* (pp. 17-35). Bogotá, D. C.: Editorial Universidad del Rosario.
- Latorre Santos, Catalina (2018). *Entrevista sobre la Historia de la Facultad de Medicina del Rosario*. Entrevistador: Emilio Quevedo V. Fecha de realización: 5 de junio. Proyecto Historia de la Facultad de Medicina del Rosario. Fase III, 1969-2017. Bogotá, D. C.
- Latorre Santos, Catalina (2018-2020). *Conversaciones sobre la Historia de la Facultad de Medicina del Rosario*. Entrevistador: Emilio Quevedo V. Proyecto Historia de la Facultad de Medicina del Rosario. Fase III, 1969-2017. Bogotá, D. C.
- Laurell, Asa Cristina (1982). La salud-enfermedad como proceso social. *Cuadernos Médico Sociales*, 19, 1-11.
- Laurell, Asa Cristina (1987). “Para el estudio de la salud en su relación con el proceso de producción”. En Asociación Latinoamericana de Medicina Social. *Taller Latinoamericano de Medicina Social* (pp. 61-94). Medellín: Editorial Universidad de Antioquia.
- Laurell, Asa Cristina (1994). “Sobre la concepción biológica y social del proceso salud-enfermedad”. En María Isabel Rodríguez (Coord.),

- Lo biológico y lo Social. Su articulación en la formación del personal de salud* (pp. 1-12). Washington, D. C., OPS/OMS.
- Le Breton, David (2002) [1990]. *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Le Clézio, Jean-Marie-Gustave (2008) [1995]. *La cuarentena*. Barcelona: Tusquets Editores.
- Leavell, Hugh Rodman & Clark, E. Gurney (1958) [1953]. *Textbook of Preventive Medicine for the Doctor and the Community*. 2<sup>nd</sup> ed. Nueva York, Toronto, Londres, McGraw-Hill.
- Leavell, Hugh Rodman & Clark, E. Gurney (1965) [1953]. *Preventive Medicine for the Doctor and the Community. An Epidemiologic Approach*. 3<sup>rd</sup> ed. Nueva York: McGraw-Hill.
- Lederberg, Joshua; Shope, Robert E. & Oaks, Stanley C. (1992). *Emerging Infections. Microbial Threats to Health in the United States*. Washington, D. C.: Institute of Medicine/National Academy Press.
- Lindsey, Almont (1962) [1962]. *Socialized Medicine in England and Wales*. 1<sup>st</sup> ed. Durham: University of North Carolina Press.
- Litsios, Sócrates (2002). The long and difficult road to Alma Ata: a personal reflection. *International Journal of Health Services*, 32(4), 709-732.
- Llanos, Guillermo; Pradilla, Alberto & Rueda, Álvaro (2007). *Candelaria. El principio de la medicina social*. Medellín: Fundación Éxito.
- Lobo Guerrero, Miguel & Herrera, Xochilt (1983). Shamanismo: ¿irracionalidad o coherencia? En Hernando García Barriga, Adolfo Triana Antorveza y Myriam Jimeno Santoyo (Eds.), *Medicina, Shamanismo y Botánica* (pp. 37-47). Bogotá, D. C.: Funcol.
- Locke, John (1981) [1690]. *Ensayo sobre el Gobierno Civil*. 1.<sup>a</sup> ed. en español. Biblioteca Aguilar de Iniciación Política. Madrid: Aguilar S. A.
- MacMahon, Brian; Pugh, T. F. & Ipsen, J. (1960). *Epidemiologic Methods*. Boston, Toronto: Little, Brown and Co.
- Madrid-Malo, Mario (1969). Burla a la “*Humanae Vitae*” en el Rosario: *El Catolicismo*, 11. 6 de abril. Bogotá, D. C.
- Mahler, Halfdan (1978). Salud con justicia. *Salud Mundial*. Mayo.
- Mahler, Halfdan (1979). What is health for all? *World Health*, 31, 3-5.
- Málaga, Hernán; Latorre, M. C.; Cárdenas, J.; Montiel, H.; Sampson, C.; De Taborda, María Cristina; ... Granados, R. & Pastor, D. (2000).

- Equidad y reforma en salud en Colombia. *Revista de Salud Pública*, 2(3), 193-219.
- Marín Galeano, Mayda Soraya (2011). Crisis de la Salud en Colombia: ¿un derecho fundamental o un espacio par el mercado? *Kavilando*, 3(1 y 2), 116-122.
- Marmot, Michael & Wilkinson, Richard G. (2006). *Social Determinants of Health*. Oxford: Oxford University Press.
- Marx, Karl (1971) [1859]. *Contribución a la crítica de la economía política*. 2.ª ed. Medellín: Editorial Oveja Negra, Ltda.
- Marx, Karl (1971) [1857]. *Introducción general a la crítica de la economía política*. Medellín: Editorial Prisma, Ltda.
- Marx, Karl & Engels, Federico (1974). *La ideología alemana*. Barcelona: Ediciones Pueblos Unidos; Ediciones Grijalbo.
- McKeown, Thomas (1976). *The modern rise of population*. Londres: Edward Arnold.
- Melo, Jorge Orlando (2017). *Historia mínima de Colombia*. Madrid, Turner/El Colegio de México.
- Mendoza Vega, Juan (1993). Antonio Becerra Lara. Notas para una Biografía. Biografía. *Neurociencias en Colombia*, 1, 145-148.
- Meneses Carmona, Daniel & Palacio Mejía, César Augusto (1984). *La investigación como medio de formación. Medicina Social en la Universidad del Quindío*. Armenia: Universidad del Quindío.
- Merton, Robert K. (1977). *La sociología de la ciencia*. 1.ª ed. Madrid: Alianza Editorial.
- Miranda Canal, Néstor (2009). “De la Escuela Colombiana de Medicina a la Universidad El Bosque: Historia y construcción”. En Néstor Miranda Canal, Jaime Escobar Triana, Carlos Escobar Uribe & Nhayara Elena García Gómez. *Universidad El Bosque, una historia en construcción* (pp. 7-202). Bogotá, D. C.: Ediciones El Bosque.
- Muraskin, William (1998). *The Politics of International Health: The Children's Vaccine Initiative and the Struggle to Develop Vaccines for the Third World*. Albany, NY: University Press.
- Navarro, Vicente (1978). *Class Struggle, the State and Medicine. An Historical and Contemporary Analysis of the Medical Sector in Great Britain*. 1st ed. Oxford: Martin Robertson.

- Navarro, Vicente (1989). Why some countries have National Health Insurance, others have National Health Services, and the U. S. has neither. *Social Science & Medicine*, 28(9), 887-898. 0277-9536/89: 0277-9536/89.
- Negrete Martínez, Martha (2018-2020). *Conversaciones con Martha Negrete Martínez sobre la historia de la Facultad de Medicina de la Universidad del Rosario*. Entrevistador: Emilio Quevedo V. Historia de la Facultad de Medicina de la Universidad del Rosario. Bogotá, D. F. (Inéditas).
- Newell, Kenneth W. (1975). *La salud por el pueblo*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (OMS).
- Newman, Sir George (1926). *The Private Practitioner as Pioneer in Preventive Medicine*. Londres: Humphrey Milford.
- Newman, Sir George (1932). *The Rise of Preventive Medicine*. Londres: Humphrey Milford.
- Newsholme, Sir Arthur (1925) [1925]. *The Ministry of Health*. 1<sup>st</sup> ed. Londres: G. P. Putnams Sons Ltd.
- Nieto Arango, Luis Enrique (2007). Segunda conversación sobre la historia de la Facultad de Medicina del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario y sus crisis en 1969. Emilio Quevedo. Bogota, D. C.: 16 de noviembre. Grabación en grabadora digital. CD.
- Nkrumah, Kwame (1966) [1965]. *Neocolonialismo: última etapa del imperialismo*. El mundo del hombre/sociología y política. México: Siglo XXI Editores, S. A.
- Nozick, R. (1974). *Anarchy, State and Utopia*. Nueva York: Basic Books.
- Oficina Sanitaria Panamericana (OSP) (1992). Sistemas Nacionales y Locales de Salud. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 113(5 y 6), 482-486.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (1998). *Orientaciones y estrategias y programáticas 1995-1998*. Documento oficial n.º 269 Washington, D. C., OPS/OMS.
- Organización de los Estados Americanos (OEA) (1961). *La Carta de Punta del Este, Alianza para el Progreso*. H/XII. Unión Panamericana, Secretaría General. Documentos oficiales de los Estados Americanos. Washington, D. C.: OEA/Ser.
- Organización de los Estados Americanos (OEA) (1973). *Plan Decenal de Salud de las Américas. Informe final de la Tercera Reunión de Ministros de Salud*

- de las Américas. Santiago de Chile, 2-9 de octubre de 1972.* Documento Oficial n.º 118. Washington, D. C.: OPS.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1978). *Atención primaria de la salud. Informe de la Conferencia Internacional de Alma Ata.* Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (1979). *32ª Asamblea Mundial de la Salud. Resoluciones y decisiones* Ginebra: OMS. 7-25 de mayo.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1986). *Carta de Ottawa.* 1.ª Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. Ottawa: Organización Mundial de la Salud.
- Orozco, Guillermo (1984). *La escuela de medicina y su universidad.* Cali: Universidad del Valle.
- Ortega Ortega, Jairo Hernán (2018). Los decanos. *Revista Nova et Vetera*, 4(37), 1-20.
- Ossa Escobar, Carlos, Uribe de Hincapié, María M. Teresa T. & varios autores (2004). *Reelección: el embrujo continúa. Segundo año de gobierno de Álvaro Uribe.* Bogotá, D. C.: Plataforma Colombiana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo.
- Pachón de Galán, Gloria (2019). *18 de agosto.* Memoria Colombia. Bogotá, D. C.: Editorial Planeta Colombiana, S. A.
- Packard, Randall M. (2016). *A History of Global Health. Interventions into the Lives of Other Peoples.* Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Palacios, Marco (1995). *Entre la legitimidad y la violencia. Colombia, 1875-1994.* Bogotá, D. C.: Grupo Editorial Norma.
- Palacios, Marco (2003) [1995]. *Entre la legitimidad y la violencia. Colombia, 1875-1994.* Bogotá, D. C.: Grupo Editorial Norma.
- Palacios Sánchez, Leonardo (1996). “División de Educación Médica”. En Eric Hernández Triana, Alfonso Tribín Ferro & Leonardo Palacios Sánchez (Eds.), *Facultad de Medicina del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario. Treinta años del restablecimiento* (pp. 320-325). Bogotá, D. C. (Inédito).
- Palacios Sánchez, Leonardo (2005). *Informe de gestión de la Facultad de Medicina.* Informe de Gestión. Bogotá, D. C.: Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario. Facultad de Medicina. (Inédito).
- Palacios Sánchez, Leonardo (2012). “Prólogo”. En Gustavo Adolfo Quintero Hernández (Ed.). *Educación médica. Diseño e implementación de un*

- currículo basado en resultados de aprendizaje* (pp. xi-xiv). Bogotá, D. C.: Editorial Universidad del Rosario.
- Palacios Sánchez, Leonardo (2015). *Entrevista sobre la historia de la Facultad de Medicina*. Entrevistador: Emilio Quevedo V. Fecha de realización: 16 de agosto. Bogotá, D. C..
- Palacios Sánchez, Leonardo (2017-2019). *Conversaciones con Leonardo Palacios en torno a la historia de la Facultad de Medicina del Rosario*. Emilio Quevedo V. & María Camila Núñez-Gómez. Medio magnético. Bogotá.
- Palacios Sánchez, Leonardo, Núñez Gómez, María Camila & Quevedo V., Emilio (2019). Notas para una investigación futura sobre la historia del Internado en Medicina en Colombia en el siglo XX. Primera parte: Antecedentes internacionales, Europa y América del Norte (siglo XIX e inicios del XX). *Iatreia*, 32(1), 33-39.
- Palacios, Ximena (2020). *Entrevista sobre la Historia del Programa de Psicología de la Universidad del Rosario*. Entrevistadores: María Camila Núñez Gómez. Fecha de realización: 8 de mayo. Historia de la Facultad de Medicina de la Universidad del Rosario. Bogotá, D. C. (Inédita).
- Pallares Pérez, Luis Alfonso (1996). “Los egresados de la Facultad de Medicina”. En Eric Hernández Triana, Alfonso Tribín Ferro & Leonardo Palacios Sánchez (Eds.), *Facultad de Medicina del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario. Treinta años del restablecimiento* (pp. 284-286). Bogotá, D. C. (Inédito).
- Paredes Manrique, Raúl (1966). *Educación Médica en Colombia, 1964-1966*. Estudio de Recursos Humanos para la Salud y Educación Médica. Bogotá, D. C.: Asociación Colombiana de Facultades de Medicina/ Ministerio de Salud Pública.
- Parsons, Talcott (1951). *The Social System*. Nueva York: The Free Press of Glencoe.
- Passos Nogueira, Roberto (2008) [1976]. “De la medicina preventiva a la medicina promotora”. En Sergio Arouca, *El dilema preventivista: contribuciones a la comprensión y crítica de la medicina preventiva* (pp. 168-174). Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Pastrana Arango, Jaime (2016a). *Entrevista sobre la historia de la Facultad de Medicina de la Universidad del Rosario. Primera parte*. Entrevistador: Emilio Quevedo V., Leonardo Palacios Sánchez & Camila Núñez

- Gómez. Fecha de realización: 9 de febrero. Proyecto de Historia de la Facultad de Medicina de la Universidad del Rosario, 1969-2017. Bogotá, D. C. (Inédita).
- Pastrana Arango, Jaime (2016b). *Entrevista sobre la historia de la Facultad de Medicina de la Universidad del Rosario. Segunda parte*. Entrevistador(es): Emilio Quevedo V., Leonardo Palacios Sánchez & Camila Núñez Gómez. Fecha de realización: 16 de febrero. Proyecto de Historia de la Facultad de Medicina de la Universidad del Rosario, 1969-2017. Bogotá, D. C. (Inédita).
- Pastrana Borrero, Misael (1971). “Apartes transcritos del Discurso en el que el presidente Misael Pastrana anuncia oficialmente la Reforma Universitaria”. En *El Tigre de Papel-Editores. Crisis Universitaria Colombiana 1971. Itinerario y documento* (pp. 243-248). Medellín: Ediciones El Tigre de Papel.
- Patarroyo Gutiérrez, Manuel Alfonso (2020). *Entrevista sobre la historia de la FIDIC*. Entrevistador(es): Leonardo Palacios Sánchez & María Camila Núñez Gómez. Fecha de realización: 17 de abril. Historai de la Facultad de Medicina de la Universidad del Rosario. Bogotá, D. C. (Inédita).
- Pécaut, Daniel (1989). *Crónica de dos décadas de política colombiana 1968-1988*. 2.ª ed. Bogotá, D. C.: Siglo Veintiuno Editores.
- Pécaut, Daniel (2006). *Crónica de cuatro décadas de política colombiana*. Bogotá, D. C.: Norma.
- Pérez, Andrés Manuel (2020). *Entrevista sobre la historia del Programa de Psicología de la Universidad del Rosario*. Entrevistador(es): Emilio Quevedo V., M. C. Sánchez Matínez. María Catalina & María Camila Núñez Gómez. Fecha de realización: 14 de enero. Proyecto Historia del la Facultad de Medicina de la Universidad del Rosario.
- Perkins, David (1998). “What is Understanding?”. En M. S. Wisk (Ed.), *Teaching for understanding: linking research with practice* (pp. 39-57). San Francisco, Jossey-Bass.
- Pizarro Leongómez, Eduardo (2004). “Elementos para una sociología de la guerrilla colombiana”. En *Guerra en Colombia: actores armados* (pp. 28-74). Cali; Bucaramanga; Bogotá, D. C.: IEPRI; Fundación para la Investigación y la Cultura.

- Plata, Juan José (2013). “COLCIENCIAS cuarenta años. Aprendizajes organizacionales y retos en las sociedades del conocimiento”. En Mónica Salazar (Ed.), *COLCIENCIAS cuarenta años. Entre la legitimidad, la normatividad y la práctica*. Bogotá, D. C.: Observatorio Colombiano de la Ciencia y la Tecnología/Universidad Nacional de Colombia/Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario.
- Prada, Esmeralda (2004). “Luchas campesinas e indígenas”. En Mauricio Archila Neira; Delgado G.; García V. y Prada, M. (Eds.), *Veinticinco años de luchas sociales en Colombia, 1975-2000*. Bogotá, D. C.: CINEP.
- Prebisch, Raúl (1993) [1990]. “Prólogo”. En Octavio Rodríguez, *La teoría del subdesarrollo de la CEPAL* (pp. VII-XIII). México, D. F.: Siglo XXI Editores.
- Preston, Lewis Thompson (1993). “Prefacio”. En Banco Mundial (Ed.), *Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993. Invertir en Salud* (pp. iii-iv). Washington: Oxford University Press/Banco Mundial.
- Pulido, Sandra (2020). *Conversaciones sobre la historia de la Facultad de Medicina del Rosario*. Entrevistaro: Emilio Quevedo V. Bogotá, D. C. (Inédita).
- Quevedo-Gómez, María Cristina; Krumeich, Anja; Abadía-Barrero, César Ernesto; Pastrana-Salcedo, Eduardo Manuel & Van den Borne, Hubertus (2011). Structural actions toward HIV/AIDS prevention in Cartagena, Colombia: a qualitative study. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 30(1), 65-73.
- Quevedo V., Emilio (2013). Un nuevo currículo, desde un nuevo concepto de salud-enfermedad. *Nova et Vetera* (año 8), 16, 7.
- Quevedo V., Emilio (1982). Historia de las Ciencias y Medicina. *Ciencia, Tecnología y Desarrollo*, 6(3-4), 274-362.
- Quevedo V., Emilio (1983a). Importancia de la investigación de la historia de las ciencias y de la medicina en la formación del médico general y del especialista. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 12(1), 37-39.
- Quevedo V., Emilio (1983b). Relaciones entre la historia de las ciencias y de las técnicas en medicina. *Ciencia, Tecnología y Desarrollo*, 7(3), 379-387.
- Quevedo V., Emilio (1984a). Papel de la Historia de las Ciencias en la Integración Curricular de la Escuela Colombiana de Medicina. *Quiipu-Revista Latinoamericana de Historia de las Ciencias y la Tecnología*, 1(2), 223-243.

- Quevedo V., Emilio (1984b). Reflexiones sobre la investigación y la enseñanza de la Historia de las Ciencias. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 13(4), 405-415.
- Quevedo V., Emilio (1985). La Educación Médica en Colombia. *Colombia: Ciencia y Tecnología*, 3(3), 8-11.
- Quevedo V., Emilio (1990). “La historia de las ciencias y sus relaciones con el conocimiento médico”. En *Proyecciones de un Programa, Colección Educación Médica*. Bogotá, D. C.: Escuela Colombiana de Medicina.
- Quevedo V., Emilio (1991). Bioética, Historia y Salud Pública. *Quirón*, 22(1), 71-81.
- Quevedo V., Emilio (1992). El proceso salud-enfermedad: hacia una clínica y una epidemiología no positivista (reflexiones críticas histórico-epistemológicas en torno a las conceptualizaciones modernas de la realidad de la salud y del enfermar humano)”. En Álvaro Cardona (Coord.), *Sociedad y Salud* (pp. 5-85). Bogotá, D. C.: Zeus Editores.
- Quevedo V., Emilio (1993a). “Presentación”. En Quevedo V., Emilio (Ed.), *Historia social de la ciencia en Colombia* (pp. 13-16). Tomo I: Fundamentos teórico-metodológicos. Bogotá, D. C.: COLCIENCIAS/Tercer Mundo Editores.
- Quevedo V., Emilio (1993b). “Programa Nacional de Ciencia y Tecnología de la Salud”. En Emilio E. Quevedo V. (Coord.), *Salud para la calidad de la vida. Bases para un Plan del Programa Nacional de Ciencia y Tecnología de la Salud* (pp. 1-12). Bogotá, D. C.: Tercer Mundo Editores-COLCIENCIAS.
- Quevedo V., Emilio. (Ed.) (1993c). *Salud para la calidad de la vida. Bases para un Plan del Programa Nacional de Ciencia y Tecnología de la Salud*. Bogotá, D. C.: Tercer Mundo Editores-COLCIENCIAS.
- Quevedo V., Emilio (1997). Las relaciones de poder en la investigación y la construcción de una comunidad científica. *Nómadas*, 7, 21-37.
- Quevedo V., Emilio (2000). La crisis social de la medicina y la medicina en la crisis social. *Nova et Vetera. Rosario. Revista del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario*, 93(586), 38-49.
- Quevedo V., Emilio (2005). “No One Knows for Whom He is Actually Working! The Indirect Role Played by the Rockefeller Foundation in the Shift from Poor Law Medical Relief to the National Health

- Service in England, Through the London School of Hygiene and Tropical Medicine (1913-1948)”. En Iris Borowy & Wolf D. Gruner (Ed.), *Facing Illness in Troubled Times. Health in Europe in the Interwar Years* (pp. 365-408). Frankfurt am Main: Peter Lang. Europäischer Verlag der Wissenschaften.
- Quevedo V., Emilio (2011). *Entrevista sobre la historia reciente de COLCIENCIAS y mi participación en esa historia desde 1983 hasta 1994*. Entrevistador(es): Hernán Jaramillo, Juan José Plata & Lisbeth Fogg. COLCIENCIAS cuarenta años. Bogotá, D. C. (Inédita).
- Quevedo V., Emilio (2012). “Comprensión histórico-crítica del proceso salud-enfermedad: base para una renovación curricular en medicina”. En Gustavo A. Quintero (Ed.), *Educación médica. Diseño e implementación de un currículo basado en resultados del aprendizaje* (pp. 269-314). Bogotá, D. C.: Editorial Universidad del Rosario.
- Quevedo V., Emilio (2018-2019). *Conversaciones sobre la historia de la Facultad de Medicina del Rosario*. Entrevistador(es): Leonardo Palacios Sánchez & María Camila Núñez Gómez. Fecha de realización: Proyecto Historia de la Facultad de Medicina del Rosario. Fase III, 1969-2017. Bogotá, D. C. (Inéditas).
- Quevedo V., Emilio (2019). *Entrevista sobre la historia de la Facultad de Medicina del Rosario*. Entrevistador(es): Leonardo Palacios Sánchez & María Camila Núñez Gómez. Proyecto Historia de la Facultad de Medicina del Rosario. Bogotá, D. C. (Inédita).
- Quevedo V., Emilio (2020). *Conversaciones sobre la historia de la Facultad de Medicina del Rosario*. Entrevistador(es): Leonardo Palacios Sánchez, María Camila Núñez Gómez & María Catalina Sánchez Martínez. Proyecto Historia de la Facultad de Medicina del Rosario. Bogotá, D. C. (Inédito).
- Quevedo V., Emilio & Cortés, Claudia Margarita (2015). El concepto de “sistema”: de la química y la fisiología a la salud pública, pasando por las ciencias sociales. Bases para una investigación futura”. *Revista Ciencias de la Salud*, 13(Número especial), 105-125. Recuperado de <http://revistas.urosario.edu.co/index.php/revsalud/article/view/4376/3161>. ISSN impreso 1692-7273 / ISSN digital 2145-4507.

- Quevedo V., Emilio & Duque N., Camilo (2002). *La Cátedra de Medicina, 1653-1865*. Ovidio Oundjian. Cuadernos de Historia del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario. Bogotá, D. C.: Universidad del Rosario.
- Quevedo V., Emilio; Durán de Pardo, María Cristina & Mesa, Germán (1986). *Programa Nacional de Investigación en Salud*. Bogotá, D. C.: COLCIENCIAS.
- Quevedo V., Emilio; Hernández A., Mario; Miranda C., Néstor; Mariño, Consuelo; Cárdenas, Hugo & Wiesner, Carolina (1989). *Análisis socio-histórico y antropológico de la toma de decisiones en salud en los últimos cien años en Colombia, 1886-1986*. Informe final del subproyecto “Historia de la toma de decisiones en salud en Colombia”, elaborado para el proyecto Estudio Sectorial de Salud por el Seminario de Filosofía e Historia de las Ciencias (SFHC) de la Escuela Colombiana de Medicina (ECM). Bogotá, D. C.: Escuela Colombiana de Medicina/Ministerio de Salud/Departamento Nacional de Planeación. Seminario de Filosofía e Historia de las Ciencias y de la Medicina. Inédito. 28 de febrero.
- Quevedo V., Emilio; Hernández A., Mario; Miranda C., Néstor; Mariño, Consuelo; Cárdenas, Hugo & Wiesner, Carolina (1990). *La salud en Colombia. Análisis sociohistórico*. Bogotá, D. C.: Ministerio de Salud-Departamento Nacional de Planeación.
- Quevedo V., Emilio & Pérez G., Juliana (2009). *De la restauración de los estudios de medicina en el Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, 1965-1969*. Ovidio Oundjian. Cuadernos de Historia del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario. Bogotá, D. C.: Universidad del Rosario.
- Quevedo V., Emilio; Pérez R., Germán Enrique; Miranda C., Néstor; Eslava C., Juan Carlos; Hernández A., Mario; Bustos J., Lisa Priscila; Durán, María Fernanda; García, Marcela; Manosalva R., Carolina; Morales L., Elquin & Rodríguez, Diana Farley (2008). *Historia de la Medicina en Colombia*. Vol. 2. De la medicina ilustrada a la medicina anatomoclínica, 1782-1865. Bogotá, D. C.: Tecnoquímicas; Grupo Editorial Norma.
- Quevedo V., Emilio; Pérez R., Germán Enrique; Miranda C., Néstor; Eslava C., Juan Carlos; Hernández A., Mario; Bustos J., Lisa Priscila;

- Durán, María Fernanda; García, Marcela; Manosalva R., Carolina; Morales L, Elquin; Rodríguez, Diana Farley & Villamizar, Carlos Vladimir (2007). *Historia de la Medicina en Colombia*. Vol. 1. Prácticas médicas en conflicto, 1492-1782. Bogotá, D. C.: Tecnoquímicas; Grupo Editorial Norma.
- Quevedo V., Emilio; Pérez R., Germán Enrique; Miranda C., Néstor; Eslava C., Juan Carlos; Hernández A., Mario; Manosalva Roa, Carolina; Acosta B., María Cristina; Cadena Afanador, Laura del Pilar; Mejía Rivera, Orlando; Portela, Hugo; Rovetto, Pedro; Sierra M., Rita; Solano Alonso, Jairo; Bustos J., Lisa Priscila; Cortés G., Claudia Margarita; Durán, María Fernanda; García, Marcela; Matiz, Giovanna; Morales L, Elquin; Rodríguez, Diana Farley; Téllez, Marlín & Vega, Manuel (2013). *Historia de la Medicina en Colombia*. Tomo IV. De la práctica liberal a la socialización limitada, 1918-1977. Bogotá, D. C.: Tecnoquímicas-Grupo Editorial Norma.
- Quevedo V., E. & Vergara, Andrea (1988). El proceso de institucionalización de la educación médica en Colombia. *Revista ECM Escuela Colombiana de Medicina*, 1(1), 41-66.
- Quintero Hernández, Gustavo Adolfo A. (2012a). *Documento de información y solicitud de autorización al Ministerio de Educación Nacional para realizar modificaciones sustanciales al Programa Académico de Medicina de la Universidad del Rosario*. Documento oficial. Bogotá, D. C.: EMCS. UR.
- Quintero Hernández, Gustavo Adolfo (2012b). “La formación del médico”. En G. A. Quintero (Ed.), *Educación médica. Diseño e implementación de un currículo basado en resultados del aprendizaje* (pp. 117-133). Bogotá, D. C.: Editorial Universidad del Rosario.
- Quintero Hernández, Gustavo G. Adolfo (2012c). “Modelo Epices”. En G. A. Quintero (Ed.), *Educación Médica. Diseño e implementación de un currículo basado en resultados del aprendizaje* (pp. 193-203). Bogotá, D. C.: Editorial Universidad del Rosario.
- Quintero Hernández, Gustavo Adolfo (2014). *Palabras del doctor Gustavo Adolfo Quintero Hernández en la ceremonia de posesión como decano de la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad del Rosario*. Bogotá, D. C.: EMCS. UR. Inéditas. 14 de enero.

- Quintero Hernández, Gustavo Adolfo (2018). *Entrevista sobre la historia de la Facultad de Medicina de la Universidad del Rosario. Segunda parte*. Entrevistador(es): Emilio Quevedo V., Leonardo Palacios Sánchez & María Camila Núñez Gómez. Fecha de realización: 12 de junio.
- Quintero Hernández, Gustavo Adolfo (2019-2020). *Conversaciones sobre la historia de la Facultad de Medicina de la Universidad del Rosario. Segunda parte*. Entrevistador: E. Quevedo V.
- Quintero Hernández, G. A. (s.f.) ¿Cómo enseñar ciencias básicas/biomédicas en un currículo integrado y transdisciplinar? Documento de trabajo. Bogotá, D. C.: EMCS. UR. (Inédito).
- Quintero Hernández, Gustavo Adolfo & Chaparro, Fernando (2008). *Méteri, hospitalidad y ciencia. Organización de conocimiento y espacio de formación e investigación*. Documento de trabajo. Bogotá, D. C.: EMCS. UR. 10 de noviembre.
- Quintero Hernández, Gustavo Adolfo; Quevedo Vélez, Emilio; Palacios Sánchez, Leonardo; Gómez Córdoba, Ana Isabel & Latorre Santos, Catalina (2015). *Medicina 50 años. Reseña histórica de la Facultad de Medicina y de la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, desde su reapertura en 1965. Fechas de fundación, evolución de la facultad y sus programas*. Bogotá, D. C.: Universidad del Rosario. Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud.
- Ramírez Gutiérrez, Germán (1996). “Microbiología”. En Eric Hernández Triana, Alfonso Tribín Ferro & Leonardo Palacios Sánchez (Ed.), *Facultad de Medicina del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario. Treinta años del restablecimiento* (pp. 144-147). Bogotá, D. C. Inédito.
- Ramírez, Sandra Rocío (2019). *Conversaciones sobre la historia de la Facultad de Ciencias Naturales y Matemáticas*. Entrevistador: L. Palacios Sánchez. Historia de la Facultad de Medicina del Rosario. Bogotá, D. C. (Inéditas).
- Randall, Stephen J. (2007). *Alfonso López Michelsen. Su vida, su época*. Bogotá, D. C.: Villegas Editores.
- Rapplee, Willard C. (1949). *The National Health Service of Great Britain*. Supplement. Supplement of the Journal of the Association of American Medical Colleges. Nueva York: Josiah Macy, Jr. Foundation.

- Reichel-Dolmatoff, Gerardo (1978). *El chamán y el jaguar*. México: Siglo XXI Editores.
- Reichel-Dolmatoff, Gerardo (1983). “Conceptos indígenas de enfermedad y de equilibrio ecológico: los tukanos y los kogi de Colombia”. En Myriam Jimeno Santoyo & Adolfo Triana Antorveza. *Medicina, Shamanismo y Botánica* (pp. 19-27). Bogotá, D. C.: Funcol.
- Reid, D. D. (1948). Enfermedad y estrés en pilotos de vuelos operativos. *British Journal of Social Medicine*, 2, 123-131.
- República de Colombia (1886). *Constitución Política de Colombia*. Consejo Nacional de Delegatarios. Bogotá, D. C. Recuperado de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=7153>.
- República de Colombia (1991). *Constitución Política de Colombia*. Asamblea Nacional Constituyente. Bogotá, D. C. Recuperado de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=7153>.
- República de Colombia. Consejo Nacional de Acreditación (2005). *Informe de Evaluación Externa con fines de Acreditación Institucional de la Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario*. Bogotá, D. C.: Consejo Nacional de Acreditación. Inédito.
- República de Colombia. Consejo Nacional de Acreditación (2010). *Informe de Evaluación Externa con fines de acreditación institucional de la Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario*. Renovación por segunda vez de la acreditación del Programa de Medicina UR. Bogotá, D. C.: Consejo Nacional de Acreditación. Inédito.
- República de Colombia. Consejo Nacional de Acreditación (2016). *Informe de Evaluación Externa con fines de Acreditación Institucional de la Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario*. Renovación por tercera vez de la Acreditación del Programa de Medicina de la Universidad del Rosario. Bogotá, D. C.: Consejo Nacional de Acreditación. (Inédito).
- República de Colombia. Departamento Administrativo de Planeación y Servicios Técnicos (1960). Plan Cuatrienal de Inversiones Públicas Nacionales, 1961-1964. Bogotá, D. C.: Consejo Nacional de Política Económica y Planeación/Departamento Administrativo de Planeación y Servicios Técnicos.

- República de Colombia. Departamento Administrativo de Planeación y Servicios Técnicos (1961). *Plan General de Desarrollo Económico y Social*. Bogotá, D. C. Recuperado de [https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/PND/Lleras3\\_Presentacion.pdf](https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/PND/Lleras3_Presentacion.pdf).
- República de Colombia. Departamento Nacional de Planeación (1972). *Las cuatro estrategias*. Bogotá, D. C.: Editorial Andes.
- República de Colombia. Departamento Nacional de Planeación (1976) *Para cerrar la brecha. Plan de desarrollo social, económico y regional, 1975-1978*. Bogotá, D. C.: Ediciones del Banco de la República.
- República de Colombia. Departamento Nacional de Planeación (1980). *Plan de Integración Nacional, 1979-1982*, Tomo I. Bogotá, D. C.: Industria Continental Gráfica.
- República de Colombia. Instituto Colombiano para el Desarrollo de la Ciencia y la Tecnología (1991). *El Sistema Nacional de Ciencia y Tecnología. Instrumentos jurídicos. Ciencia y tecnología para una sociedad abierta*. Bogotá, D. C.: Instituto Colombiano para el Desarrollo de la Ciencia y la Tecnología (COLCIENCIAS)/Departamento nacional de Planeación.
- República de Colombia. Instituto Colombiano para el Desarrollo de la Ciencia y la Tecnología (1992). *Convocatoria a la creatividad*. Bogotá, D. C.: COLCIENCIAS/Tercer Mundo Editores.
- República de Colombia. Ministerio de Educación Nacional. Departamento Nacional de Planeación. Fondo Nacional de Proyectos de Desarrollo (1990). *Misión de Ciencia y Tecnología*. Bogotá, D. C.: Universidad Nacional de Colombia.
- República de Colombia. Ministerio de Salud (1966). *Integración de los servicios de salud y asistencia pública. Juan Jacobo Muñoz, Ministro de Salud Pública*. Bogotá, D. C.: Ministerio de Salud/Imprenta Nacional.
- República de Colombia. Ministerio de Salud (1981). *Desarrollo de una política de salud, 1978-1981. Informe al honorable Congreso de la República de Colombia*. Tomo I. Bogotá, D. C.: Insituto Nacional de Salud.
- República de Colombia. Ministerio de Salud (1994a). *Análisis de la carga de la enfermedad en Colombia*. Vol 1. Reforma a la Seguridad Social en Salud. Bogotá, D. C.: Ministerio de Salud.

- República de Colombia. Ministerio de Salud (1994b). *La Reforma a la Seguridad Social en Salud*. Vol 1: Antecedentes y resultados. Bogotá, D. C.: Ministerio de Salud.
- Restrepo Chavarriaga, Guillermo & Villa, Agustín (1980). *Desarrollo de la salud pública colombiana*. Medellín: Universidad de Antioquia/Escuela Nacional de Salud Pública.
- Restrepo Fernández, Carlos Martín (1996). “Genética básica y médica”. En Eric Hernández Triana, Alfonso Tribín Ferro & Leonardo Palacios Sánchez (Eds.), *Facultad de Medicina del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario. Treinta años del restablecimiento* (pp. 154-157). Bogotá, D. C. (Inédito).
- Restrepo Fernández, Carlos Martín (2015). *Entrevista sobre la Historia de la Facultad de Medicina del Rosario*. Entrevistador(es): Emilio Quevedo & Leonardo Palacios. Fecha de realización: 27 de julio. Proyecto Historia de la Facultad de Medicina de la Universidad del Rosario, fase III, 1969-2017. Bogotá, D. C.: Universidad del Rosario.
- Restrepo, Mauricio (2008). *Los términos de Facultad y Escuela en la tradición universitaria hispana y colombiana*. Documento de trabajo. Bogotá, D. C. Escuela de Ciencias Humanas. Universidad del Rosario.
- Revista de Higiene (1932). Editorial-Comité de Redacción. *Revista de Higiene*, 13(1), 3-5.
- Revista del Rosario (2011). *Retos rosaristas: curar a Colombia*. *Revista Nova et Vetera*, 106, 14-25.
- Rilkin, S. (1986). Why Health Improves. *Social Science and Medicine*, 23(6).
- Rodríguez Dueñas, William Ricardo (2018). *Conversaciones sobre la historia del Programa de Ingeniería Biomédica de la Universidad del Rosario*. Entrevistador(es): L. Palacios Sánchez & C. Núñez Gómez.
- Rodríguez Ledesma, Diana Lorena (2013). *Los locos de Bogotá: del tratamiento y representaciones de la locura en Bogotá, 1850-1930*. Tesis de pregrado para optar por el título de Historiadora. Historiadora. Director de tesis: Germán Mejía Pavony. Facultad de Ciencias Sociales. Carrera de Historia. Univeridad Javeriana. Bogotá, D. C.
- Rodríguez Múnera, Mauricio (2017). Biblioteca José Félix Patiño muestra la historia del ex-rector. *Agencia de Noticias UN*. 29 de marzo. Bogotá, D. C. Recuperado de <http://agenciadenoticias.unal.edu.co/>

- detalle/article/biblioteca-jose-felix-patino-cuenta-la-historia-del-ex-rector.html.
- Rodríguez, Octavio (1993) [1990]. *La teoría del subdesarrollo de la CEPAL*. 8.<sup>a</sup> ed. México, D. F., Siglo XXI Editores.
- Rodríguez Prieto, Indira Enith (2018). *La creación de un programa académico: la fisioterapia en la Universidad del Rosario, un campo social para la construcción de su profesionalización*. Tesis para optar por el título de magíster en Estudios Sociales. Director de tesis: Emilio Quevedo V. Maestría en Estudios Sociales. Universidad del Rosario. Repositorio. Bogotá, D. C.
- Roemer, Milton I. & Organización Mundial de la Salud (OMS) (1985). “Se necesita una nueva raza de médicos”. Ponencia en mesa redonda y debate. *Foro Mundial de la Salud*, 6, 333-353.
- Roemer, Milton J. (1980). *Perspectiva mundial de los sistemas de salud*. México: Siglo XXI Editores.
- Romero, Mauricio (2003). *Paramilitares y autodefensas, 1982-2003*. Bogotá, D. C.: IEPRI; Editorial Planeta Colombiana.
- Rosaristas, Asociación de Médicos (1996). “Acta de Fundación de la Asociación de Médicos Egresados de la Facultad de Medicina del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario”. En Eric Hernández Triana, Alfonso Tribín Ferro & Leonardo Palacios Sánchez (Eds.), *Facultad de Medicina del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario. Treinta años del restablecimiento* (p. 283). Bogotá, D. C. (Inédito).
- Rosen, George (1993) [1958]. *A History of Public Health*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Rostow, Walt W. (1961). Las etapas del crecimiento económico. *ECO*, II(5), 437-460.
- Rostow, Walt W. (1962). *The Stages of Economic Growth*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Rueda Montaña, Guillermo (1996). “Crónica de mi decanatura”. En Eric Hernández Triana, Alfonso Tribín Ferro & L. Palacios Sánchez (Eds.), *Facultad de Medicina del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario. Treinta años del restablecimiento* (pp. 104-105). Bogotá, D. C. (Inédito).

- Ruger, Jennifer P. (2006) [2004]. “El rol cambiante del Banco Mundial en la salud global”. En Marcos Cueto & Víctor Zamora (Eds.), *Historia, salud y globalización* (pp. 103-133). Lima: Instituto de Estudios Peruanos.
- Ruiz Montealegre, Manuel (2002). *Sueños y realidades. Procesos de organización estudiantil, 1954-1966*. Bogotá, D. C.: Universidad Nacional de Colombia/Editorial Unibiblos.
- Ruiz Sternberg, Ángela María (2018). *Entrevista sobre la historia de la Facultad de Medicina*. Entrevistador(es): Emilio Quevedo, Leonardo Palacios Sánchez & María Camila Núñez Gómez. Fecha de realización: 13 de junio, Bogotá, D. C.
- Ruiz Sternberg, Ángela María (2018-2020). *Conversaciones sobre la historia de la Facultad de Medicina del Rosario*. Entrevistador: Emilio Quevedo V. Proyecto Historia de la Facultad de Medicina del Rosario. Fase III, 1969-2017. Bogotá, D. C.
- Ruiz Sternberg, Ángela María; Beltrán, Jhonny & Palacios Sánchez, L (2006). Experiencia del internado flexible en la Facultad de Medicina de la Universidad del Rosario. *Revista Ciencias de la Salud*, 4(número especial), 93-102.
- Sábato, Jorge Alberto (1975). *El pensamiento latinoamericano en la problemática ciencia-tecnología-desarrollo-dependencia*. Buenos Aires: Paidós.
- Sábato, Jorge Alberto (1979). *Ensayos en campera*. Buenos Aires: Juárez Editor.
- Sakuz, D. (1988). La Participación Comunitaria en los Programas de Atención Primaria a la Salud en el Tercer Mundo. *Salud Pública de México*, 30.
- Salcedo Monsalve, Alejandra (2020). *Conversaciones sobre la historia de la Facultad de Medicina de la Universidad del Rosario*. Entrevistador: Emilio Quevedo V. Fecha de realización: 20 de junio. Bogotá, D. C. Inéditas.
- Samper Pizano, Ernesto (2000). *Aquí estoy y aquí me quedo*. Bogotá, D. C.: El Áncora Editores.
- Sánchez A., Óscar Andrés (2017). Hace 60 años germinó la semilla que propició el Frente Nacional: *El Colombiano*. 20 de marzo. Medellín. Recuperado de <https://www.elcolombiano.com/colombia/hace-60-anos-germino-la-semilla-que-propicio-el-frente-nacional-FM6178070>.

- Sánchez Ángel, Ricardo (2009a). ¡Huelga! Luchas de la clase trabajadora en Colombia, 1975-1981. Bogotá, D. C.: Universidad Nacional de Colombia.
- Sánchez Ángel, Ricardo (2009b). “Palo a los médicos”. En Ricardo Sánchez Ángel, ¡Huelga! Luchas de la clase trabajadora en Colombia, 1975-1981 (pp. 317-358). Bogotá, D. C.: Universidad Nacional de Colombia.
- Sánchez Cristo, Julio (2017). Óscar Naranjo, *le general de las mil batallas*. Julio Sánchez Cristo confiesa al policía más poderosos de nuestro tiempo. 5.ª ed. Bogotá, D. C.: Editorial Planerta Colombiana, S. A.
- Sánchez G., Gonzalo; Bello Albarracín, Martha Nubia & Riaño Alcalá, Pilar (2010). *Bojayá: la guerra sin límites*. Bogotá, D. C.: Tauros.
- Santos Calderón, Enrique (2018). *El país que me tocó (Memorias)*. Bogotá, D. C.: Debate. Penguin Random House Grupo Editorial.
- Santos Calderón, Juan Manuel (2019). *La batalla por la paz. El largo camino para acabar con el conflicto con la guerrilla más antigua del mundo*. Bogotá, D. C.: Editorial Planeta Colombiana, S. A.
- Saramago, José (1998) [1995]. *Ensayo sobre la ceguera*. Madrid: Grupo Santillana de Ediciones.
- Schiemann Delgado, Jimmy & Gómez Gómez, Gabriel (1996). “Administración Antonio Becerra Lara (1984-1987)”. En Eric Hernández Triana, Alfonso Tribín Ferro & Leonardo Palacios Sánchez (Eds.), *Facultad de Medicina del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario. Treinta años del restablecimiento* (pp. 106-112). Bogotá, D. C. (Inédito).
- Selser, Grgorio (1971). *Los cuatro viajes de Cristobal Rockefeller*. Buenos Aires: Hernández Editor.
- Sidel, Victor W. (1972). The Barefoot Doctors of the People’s Republic of China. *The New England journal of Medicine*, 286, 1929-1300.
- Sidel, Victor W. & Sidel, Ruth (1973). *Serve the People. Observations on Medicine in the People’s Republic of China*. Nueva York: Josiah Macy, Jr. Foundation.
- Silva Carrero, Gustavo Adolfo (2016). José Félix Patiño, el médico de la educación. *El Espectador*. 28 de enero. Bogotá, D. C. Recuperado de <https://www.elespectador.com/noticias/educacion/jose-felix-patino-el-medico-de-educacion-articulo-613395>.

- Smith, A. (1958) [1776] *Investigación de la naturaleza y las causas de la riqueza de las naciones*. México, D. F., Fondo de Cultura Económica.
- Smith, S. R. & Dollase, R. (1999). Outcome-based education: Part 2. Planning, implementing and evaluating a competence-based curriculum. *Medical Teacher*, 21(1), 15-22.
- Smith, SR. Howard (2005). Integrated medical curriculum. *Medicine and Health*, 88(8), 258-261.
- Stark, Patsy (2012). “Diseño e implementación de un currículo para medicina basado en resultados del aprendizaje”. En Gustavo A. Quintero (Ed.), *Educación médica. Diseño e implementación de un currículo basado en resultados del aprendizaje* (pp. 135-150). Bogotá, D. C.: Editorial Universidad del Rosario.
- Stone Wiske, Martha (2012). “Enseñanza para al comprensión en educación médica”. En: Gustavo A. Quintero (Ed.), *Educación médica. Diseño e implementación de un currículo basado en resultados del aprendizaje* (pp. 151-166). Bogotá, D. C.: Editorial Universidad del Rosario.
- Suárez Melo, Mario (1996). “Relanzamiento de la Facultad de Medicina del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario”. En Erik Hernández Triana, Alfonso Tribín Ferro & Leonardo Palacios Sánchez (Eds.), *Facultad de Medicina del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario. Treinta años del restablecimiento* (pp. 368-372). Bogotá, D. C. (Inédito).
- Suárez Melo, Mario (1997). “Misión Cumplida”. Discurso de entrega de la Rectoría a Guillermo Salah Zuleta. *Nova et Vetera. Revista del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario*, 89-90(573, 574, 575), 15-21.
- Suescún, José Miguel (2018-2019). *Conversaciones sobre la historia de la Facultad de Medicina del Rosario*. Entrevistador(es): Emilio Quevedo V.: Proyecto Historia de la Facultad de Medicina del Rosario. Fase III, 1969-2017. Bogotá, D. C. Inéditas.
- Susser, Mervyn (1996). Choosing a future of epidemiology: from blackbox to chinese boxes and eco-epidemiology. *American Journal of Public Health*, 86(5), 674-677.
- Sussman, David J. (1974). *Acupuntura. Teoría y práctica*. Buenos Aires: Kier.
- Taylor, Carl E. (1976). *Doctors for the Villages: Study of Rural Internships in Seven Indian Medical Colleges*. Nueva York: Asia Publishing House.

- Terris, Milton (1987). “Henry E. Sigerist: sus contribuciones a la organización de los servicios de salud”. En: Milton Terris (Autor), *La revolución epidemiológica y la medicina social* (pp. 199-238). México: Siglo XXI Editores.
- Tirado Mejía, Álvaro (2014). *Los años sesenta*. Bogotá, D. C.: Debate. Penguin Random House Grupo Editorial.
- Torres del Río, César (2010). *Colombia siglo XX. Desde la guerra de los Mil Días hasta la elección de Álvaro Uribe*. Bogotá, D. C.: Grupo Editorial Norma.
- Tovar Valle, José Fernando (2017). *Medicina y política: el rol de los médicos en las reformas sanitarias de Colombia. A propósito de un estudio de caso*. Tesis de Maestría en Estudios Políticos e Internacionales. Facultades de Ciencia Política y Gobierno y Relaciones Internacionales. Universidad del Rosario. Bogotá, D. C.
- Tribín Ferro, Alfonso (1997). La Nueva Facultad de Medicina. *Nova et Vetera. Revista del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario*, 89-90(573, 574, 575), 26-27.
- Tribín Piedrahíta, Alfonso (1996). “Reapertura y reiniciación de la Facultad de Medicina. Entrevista con el Dr. Alfonso Tribín Piedrahíta”. En Eric Hernández Triana, Alfonso Tribín Ferro & Leonardo Palacios Sánchez (Eds.), *Facultad de Medicina del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario. Treinta años del restablecimiento* (pp. 85-93). Bogotá, D. C. Mimeografiado.
- Trillos Peña, Carlos (2018). *Conversaciones sobre las especializaciones en administración de la Universidad del Rosario*. Entrevistador(es): Leonardo Palacios Sánchez. Bogotá, D. C.
- Ucrós Cuéllar, Antonio (1996). “Consideraciones sobre la gestión en mi decanatura y otras cosas”. En Eric Hernández Triana, Alfonso Tribín Ferro & Leonardo Palacios Sánchez (Eds.), *Facultad de Medicina del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario. Treinta años del restablecimiento* (pp. 113-121). Bogotá, D. C. Inédito.
- UNICEF & Grant, James (Eds.). (1983). *The State of the World Children: 1982/1983*. Nueva York: Unicef; Oxford University Press.

- Unicef; autores varios (1982). Community participation: Current issues and lessons learned. *Assignment Children. A journal concerned with children, women and youth in development* (59/60).
- Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario (1999). *Redimensionamiento Académico Facultades de Fisioterapia, Fonoaudiología y Terapia Ocupacional*. Bogotá, D. C.: Universidad del Rosario.
- Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario (2004). *Informe de Autoevaluación Institucional 2004*. Bogotá, D. C. Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario. Inédito.
- Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario. Facultad de Rehabilitación y Desarrollo Humano (2000). *Propuesta de Reforma Académica*. Bogotá, D. C.: Universidad del Rosario.
- Universidad de los Andes. Facultad de Medicina (2019). *Proyecto Educativo. Programa de Pregrado Medicina*. Bogotá, D. C.: Universidad de los Andes. Recuperado de <https://medicina.uniandes.edu.co/es/programas/pregrado/medicina>.
- Universidad del Rosario. Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud (2003). *Informe de Gestión 2003*. Bogotá, D. C. (Inédito).
- Universidad del Rosario. Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud (2014). *Informe de Gestión 2014*. Bogotá, D. C. (Inédito).
- Universidad del Rosario. Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud (2016). *Memoria Institucional 2016*. Informe. Bogotá, D. C. (Inédito).
- Universidad del Rosario. Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud (2017). *Informe de Gestión 2017*. Bogotá, D. C. (Inédito).
- Universidad Nacional de Colombia (1963). *Ponencia. Introducción al Estudio de la Universidad Colombiana, Anexo 3*. Congreso Universitario Nacional. Bogotá, D. C.: Publicación del Consejo Superior Estudiantil de la Universidad Nacional.
- Uribe Muñoz, Alirio (2000) “Presentación”. En Víctor De Currea Lugo, Mario Hernández Álvarez, Natalia Paredes & Provea (Autores), *La salud está grave. Una visión desde los derechos humanos* (pp. 7-24). Santa Fe de Bogotá, Plataforma Colombiana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo.

- Uribe Vargas, Diego (1985). *Las constituciones de Colombia*. Vol. 3. 2.<sup>a</sup> ed. Madrid: Ediciones Cultura Hispánica/Instituto de Cooperación Iberoamericana.
- Vasco Uribe, A (1975). *Salud, Medicina y Clases Sociales*. Medellín: Editorial La Pulga.
- Vásquez Carrizosa, Alfredo & Montoya Giraldo, Darío (1969). Editorial: Glosa sobre el Colegio del Rosario: *La República* (p. 4). Editorial. Año XVI. 11 de abril. Bogotá, D. C.
- Velandia M., Ana Luisa; Franco A., Saúl & González Posso, Camilo (2000). *Conversaciones de paz: la salud en la agenda para la paz*. Santa Fe de Bogotá, Corporación Salud y Desarrollo; Agenda Ciudadana por la Paz, la Vida y la Libertad.
- Velásquez Palau, Gabriel (1962). *Requisitos mínimos para una escuela de medicina en Colombia*. Bogotá, D. C.: Asociación Colombiana de Facultades de Medicina.
- Velásquez Torres, Alejandro & Palacios Sánchez, Leonardo (2017). “Introducción”. En: Alejandro Velásquez Torres & Leonardo Palacios Sánchez (Eds.), *Actividades integradoras de aprendizaje por sistemas, ALAS del sistema nervioso* (pp. xvii-xviii). Bogotá, D. C.: Editorial Universidad del Rosario.
- Vélez van Meerbeke, Alberto (2003). Editorial. *Revista de Ciencias de la Salud de la Universidad del Rosario*, 1(1), 5-10.
- Vélez van Meerbeke, Alberto (2018). *Entrevista sobre la Historia de la Facultad de Medicina del Rosario*. Entrevistador(es): Emilio Quevedo V., Leonardo Palacios Sánchez & María Camila Núñez G. Fecha de realización: Proyecto de Historia de la Facultad de Medicina del Rosario. Bogotá, D. C. (Inédita).
- Vélez van Meerbeke, Alberto (2020). *Conversaciones sobre la historia de la Facultad de Medicina del Rosario*. Entrevistador(es): Emilio Quevedo V., Leonardo Palacios Sánchez & María Camila Núñez G. Fecha de realización: Proyecto de Historia de la Facultad de Medicina del Rosario. Bogotá, D. C. (Inédita).
- Vergel, John; Aguiá, Karen; Forero-Nieto, Sandra Liliana; Quintero Hernández, Gustavo; Espinosa-Aranzales, Angela Fernanda; Quiroga-Torres, Daniel & Rodríguez-Dueñas, William R. (2019). *Módulos*

- de educación interprofesional en la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad del Rosario*. Póster. Bogotá, D.C.: Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad del Rosario. Programa de Medicina.
- Vessuri, Hebe (1992). Perspectivas recientes en el estudio social de la ciencia. *Fin de Siglo*, 3, Mayo-Junio: 40-51.
- Villanueva Martínez, Orlando (2006). El movimiento estudiantil en los 60. *Revista Espacio Crítico*, 5, julio-diciembre. Recuperado de [http://www.espaciocritico.com/articulos/rev06/n6\\_a11.htm](http://www.espaciocritico.com/articulos/rev06/n6_a11.htm).
- Vitale, Luis; Bagu, Sergio; De Armas, Ramón; Olmedo, Raul; Mandel, Ernest & Frank, A. Gunder (1971). *Feudalism, capitalismo, subdesarrollo*. Ibagué: Universidad del Tolima Ediciones.
- Vivas Reyna, Jorge; Tarazona, E.; Caballero, C. & Marrero, A. (1988). El sistema nacional de salud: administración, presupuestación, gasto y financiamiento. Bogotá, D. C.: Fedesarrollo-OPS/Tercer Mundo Editores.
- Von Hayek, Friedrich August (2008) [1946]. *Cammino de servidumbre*. Unión Editorial, S. A.
- Von Hildebrand, M. (1983). “Cosmovisión y el concepto de enfermedad entre los Ufaina”. En Hernando García Barriga, Adolfo Triana Antorveza y Myriam Jimeno Santoyo (Eds.), *Medicina, shamanismo y botánica* (pp. 48-63). Bogotá, D. C.: FUNCOL.
- Weber, Max (1977). *Economía y sociedad*. México, D. C.: Fondo de Cultura Económica.
- Weber, Max (1979). *La ética protestante y el espíritu del capitalismo*. Barcelona: Ediciones Península.
- Webster, Charles (1988) [1988]. *Health Services Since the War. Volume I. Problems of Health Care. The National Health Service before 1957*. Vol 1. Problems of Health care. The National Health Service before 1957. 1<sup>st</sup> ed. Londres: Her Majesty's Stationery Office.
- Werner, David (1994). *The Politics of Health. Village-run health programs in the Sierra Madre region of Mexico*. Entrevistador: K. True: Good Medicine. Recuperado de <https://www.context.org/iclib/ic39/werner/>
- Werner, David (2010) [1973]. *Donde no hay doctor*. Berkeley, CA: The Hesperian Foundation.

- Werner, David & Bower, B. (1982). *Helping Health Workers Learn*. Palo Alto, CA: The Hesperian Foundation.
- World Health Organization (2008). *The Third Ten Year of the World Health Organization: 1968-1977*. Ginebra: Apia Way Press.
- World Health Organization, Executive Board, 49<sup>th</sup> Sesión (1972). Organizational study of the Executive Board on methods of promoting the development of basic health services: background documentation. Document: EV49/WP/6.
- Yach, Derek & Tollman, Steve M. (1993). Public Health Initiatives in South Africa in the 1940s and 1950s: Lessons for a Post-Apartheid Era. *American Journal of Public Health*, 83(7), 1043-1050.
- Yepes, Francisco José; Ramírez, Manuel; Sánchez, Luz Helena; Ramírez, Martha Lucía & Jaramillo, Iván (2010). *Luces y sombras de la reforma de las salud en Colombia. Ley 100 de 1993*. Bogotá, D. C.: IDRC.
- Yepes Luján, Francisco José (1990a). Estudio Sectorial de Salud. Bogotá, D. C.: Ministerio de Salud/Departamento Nacional de Planeación.
- Yepes Luján, Francisco José (1990b). “Estudio Sectorial de Salud. Marco Conceptual”. En Emilio Quevedo V., Mario Hernández A., Néstor Miranda C. *et al.*, *La salud en Colombia: análisis socio-histórico* (pp. 13-21). Bogotá, D. C.: Ministerio de Salud/Departamento Nacional de Planeación.
- Youhua, Yu & Quin, Lin (s. f.). *La medicina tradicional china*. Pekín: Ministerio de Cultura de la República Popular China.



## Contenido tomo II

*Dedicatorias*

*Agradecimientos*

*Prólogo*

*Gustavo Adolfo Quintero Hernández*

*Presentación*

*Los autores*

### TERCERA PARTE

#### SEPARACION Y RECONSTRUCCIÓN

Segundo gran período: de la separación a la graduación de  
la primera cohorte del nuevo currículo de Medicina (1999-2019)

Primer subperíodo: del traslado definitivo a la  
Quinta de Mutis y la consolidación de la Escuela  
de Ciencias de la Salud a su transformación en  
Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud (1999-2009)

Decanatura de Jaime Pastrana Arango (1999-2002)

Su arribo a la decanatura de la Facultad de Medicina  
El encuentro con la realidad  
Primeros cambios  
El nacimiento de la Facultad de Rehabilitación y Desarrollo Humano  
Una nueva estructura para la  
Facultad en el contexto de la Universidad  
La salud y las conversaciones de paz  
La OPS y los nuevos enfoques para la salud  
pública: ¿qué hacer con ella en un sistema de aseguramiento?  
Primera visita de acreditación del Programa de Medicina  
Continúa la reestructuración de la Facultad  
La saga por un nuevo hospital continúa  
El Estatuto del Profesor Universitario  
Desarrollo de la Investigación y  
creación del Comité de Ética en Investigación  
    Grupo de Investigación en Educación Médica  
    Grupo de Investigación Clínica  
    Grupo de Investigación en Neurociencias (NEUROS)  
    Grupo de Investigación en Salud Pública  
    Línea Institucional de Investigación “Historia de la  
    Universidad del Rosario”  
    El Comité de Ética de la Facultad de Medicina  
Nuevos desarrollos del Departamento de Salud Pública  
Aumento de los cupos de ingreso  
a la Facultad y adecuaciones locativas  
Apertura de nuevos posgrados  
La OMS: una evaluación internacional  
de los sistemas de salud y seguridad social  
Los últimos estertores del proceso de paz  
Modificación de las relaciones con el Hospital  
Occidente de Kennedy y adecuaciones curriculares  
Final del gobierno de Andrés Pastrana  
Arango: el fracaso de las “Conversaciones de Paz”

Comienzan los ocho años del gobierno  
de Álvaro Uribe Vélez

Decanatura Interina de Leonardo Palacios (2002-2003)

Nuevas exigencias estatales de  
construcción de infraestructuras para la docencia

Nuevas exigencias estatales de adecuación  
al nuevo sistema de créditos académicos

Creación del programa de Tutores Pares

El Grupo de Investigación Clínica y la  
creación del Centro de Investigación

Clínica de la Universidad del Rosario (CICUR)

Decanatura en propiedad de Leonardo Palacios Sánchez  
(2003-2014)

Aprobación definitiva de la Maestría  
en Ciencias con énfasis en Genética

Aprobación e implementación del programa  
de Tutores Pares

Implementación del sistema de créditos en el programa

Revista Ciencias de la Salud

Se profundiza el neoliberalismo conservador en salud  
en el país

Creación de una novedosa Facultad de

Medicina en Bogotá, organizada por “competencias”

Primera renovación de la acreditación

Hacia el rediseño del nuevo currículo para  
el Programa de Medicina

Creación de nuevos programas

Reconfiguración del Programa de Medicina

Creación del Programa de Psicología

Creación del Programa de Enfermería

Creación del Programa en Ingeniería Biomédica

Nuevos rumbos para la Salud Pública en la Facultad  
de Medicina

Creación de la Facultad de Ciencias Naturales  
y Matemáticas

Continúa la ardua búsqueda por un hospital universitario

Por fin un hospital universitario: la Corporación

Universitaria Juan Ciudad, Méderi y sus hospitales

Reorganización del Internado Rotatorio

Los programas de especialización durante

decanatura en propiedad de Leonardo Palacios

Creación del Doctorado en Ciencias Biomédicas

Nuevos desarrollos de la investigación

Convenio con la Corporación de Investigaciones Biológicas (CIB)

Se reactiva la idea de una reforma curricular

Vivencias de estudiantes formados

en el currículo clásico de la Facultad

Nuevos grupos de investigación

Convenio con la Fundación Instituto de

Inmunología de Colombia (FIDIC)

Grupo de Estudios Sociales de las Ciencias, las

Tecnologías y las Profesiones (GESCTP)

Las ideas del movimiento de la Medicina

Social Latinoamericana llegan a la Facultad

Segundo subperíodo: de la Escuela de Medicina

y Ciencias de la Salud a la Aprobación de la

reforma curricular del Programa de Medicina (2009-2013)

La creación de la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud

Nuevo departamento: Pediatría

Renovación por segunda vez de la

acreditación del Programa de Medicina

Inicio de la reestructuración del currículo del Programa

de Medicina

El bagaje que Gustavo Adolfo Quintero

Hernández aportaría a la transformación del currículo

Los aportes de Ana Isabel Gómez  
Córdoba al grupo que lideró el proceso de reforma  
Las concepciones educativas aportadas  
por Andrés Isaza Restrepo al grupo de la reforma  
Los aportes de Catalina Latorre Santos  
al grupo que lideró el proceso de reforma  
Cambio de rumbo en el proceso de la  
reforma: la llegada al grupo de Emilio Quevedo Vélez  
Se consolida la propuesta de la reforma  
Final del gobierno de Álvaro Uribe y llegada de  
Juan Manuel Santos Calderón a la Presidencia de la República  
Continúa el proceso de reestructuración del currículo  
de Medicina  
Méderi como organización de conocimiento  
La puesta en marcha del nuevo currículo de Medicina  
Vivencias estudiantiles durante el  
proceso de reforma de Programa de Medicina  
Cambios interinos en la Dirección del  
Programa de Medicina y nuevos programas de posgrado  
Finalización de la decanatura de Leonardo Palacios

Tercer subperíodo: de la puesta en marcha de la  
reforma a la graduación de la primera promoción  
formada en el nuevo currículo de Medicina (2013-2019)

Decanatura de Gustavo Quintero Hernández (2014-2019)  
Cambios en la estructura organizacional y académica  
Celebración de los primeros cincuenta  
años de la creación del Programa de Medicina  
Cincuenta años de la creación de los Consejos Estudiantiles  
Por fin un Acuerdo de Paz  
Ajustes de las relaciones de la Escuela con los aliados  
estratégicos  
Un decano de Medicina del Rosario  
por primera vez presidente de ASCOFAME

Convenios de exclusividad  
Revitalización del Programa de Enfermería  
Nuevos programas de posgrado  
    El Programa de Maestría en Salud Pública  
    El Programa de Maestría en Ciencias  
    de la Rehabilitación  
Fortalecimiento de la Investigación  
    Proyecto estrella: Medicina traslacional  
Renovación por tercera vez de la acreditación del Programa de Medicina  
La Escuela de Medicina y Ciencias de  
la Salud en el QS World University Rankings  
La Ley Estatutaria en Salud versus la Ley Ordinaria  
Proyecciones del Programa de Medicina en ASCOFAME  
    Comisión para la Transformación  
    de la Educación Médica en Colombia  
    Consenso de Montería  
    Consejo General de Educación Médica (CGEM)  
Creación del Comité de Ética en  
Investigación de la Universidad del Rosario (CEI-UR)  
Segunda decanatura de Gustavo Quintero Hernández  
    La Ruta 2025  
    Continúan las proyecciones del  
    Programa de Medicina a través de ASCOFAME  
    Capacitación de los médicos generales  
    para hacer posible la implementación del  
    Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS)  
    Congreso Mundial de Educación Médica ASCOFAME.  
    Sesenta años  
La Escuela modifica sus relaciones con la FIDIC  
Graduación de la primera promoción del nuevo currículo  
de Medicina

CUARTA PARTE  
CODA FINAL

Reflexiones finales

A modo de epílogo

Anexo. Hitos para la investigación en la Facultad  
de Medicina y en la Escuela de Medicina y  
Ciencias de la Salud de la Universidad del Rosario

Bibliografía

**E**sta obra, publicada en dos tomos, abarca desde abril de 1969 hasta junio de 2019, construye un relato que entreteteje los sucesos más relevantes de la historia colombiana e internacional, con la historia de las políticas de salud y de la educación médica, para comprender los procesos internos de la Facultad de manera crítica e integral. Para contar esta historia se establecieron dos grandes periodos, además de los antecedentes de 1965 a 1969. El primer periodo (Tomo I), se inició en 1969. El segundo período (Tomo II) inició en 2000, cuando se terminó el contrato entre la Universidad del Rosario y la Sociedad de Cirugía de Bogotá, y la Facultad de Medicina comenzó a depender exclusivamente de la Universidad. La obra termina en 2019, fecha de graduación de la primera promoción de los estudiantes formados bajo el nuevo currículo del Programa de Medicina. Este texto es una invitación a conocer nuestro vibrante devenir como Facultad y Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, redactada a varias manos por actores del proceso y escuchando múltiples voces. Finalmente, por la forma como fue concebida y escrita, esta obra constituye una historia de Colombia vista desde la vida desde nuestra Escuela.

