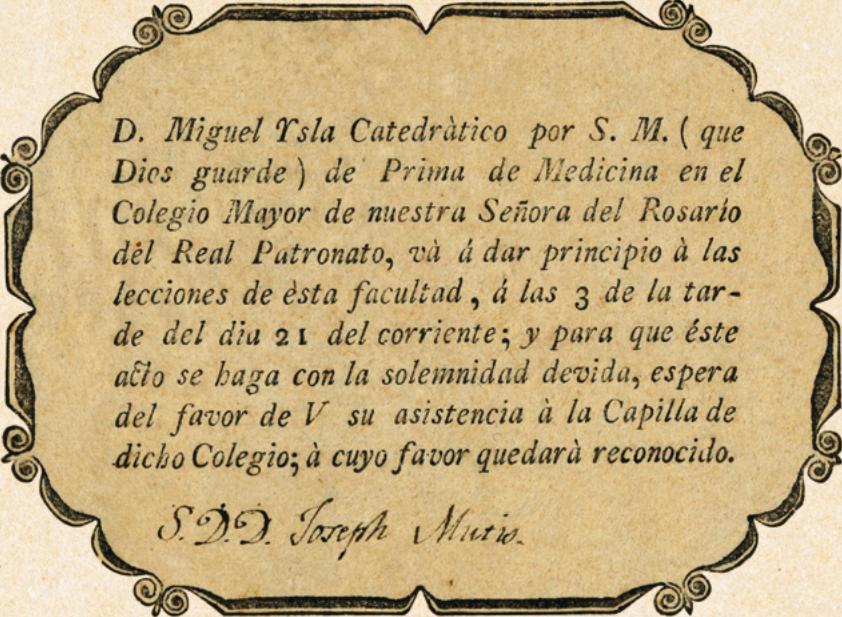


El renacer de una ilusión

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 II



*D. Miguel Tsla Catedrático por S. M. (que
Dios guarde) de Prima de Medicina en el
Colegio Mayor de nuestra Señora del Rosario
dél 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



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 II

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 entretete 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. (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 II). Bogotá D. C.: Editorial Universidad del Rosario.
<https://doi.org/10.12804/urossario9789587847437>

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 II

Emilio Quevedo V.
Leonardo Palacios-Sánchez
María Camila Núñez-Gómez
María Catalina Sánchez-Martínez

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, María Catalina Sánchez-Martínez; 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. Quintero Hernández, Gustavo Adolfo, prólogo. VI. Universidad del Rosario. VII. Título.

610.711861

SCDD 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
© 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: 978-958-784-737-6 (impreso)
ISBN: 978-958-784-740-6 (ePub)
ISBN: 978-958-784-743-7 (pdf)
<https://doi.org/10.12804/urosario9789587847437>

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

Hecho en Colombia
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

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>	xv
<i>Agradecimientos</i>	xix
<i>Prólogo</i>	xxi
<i>Gustavo Adolfo Quintero Hernández</i>	
<i>Presentación</i>	xxv
<i>Los autores</i>	xxxv

TERCERA PARTE

SEPARACIÓN 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).....	3

Decanatura de Jaime Pastrana Arango (1999-2002)	3
Su arribo a la decanatura de la Facultad de Medicina.....	3
El encuentro con la realidad	4
Primeros cambios.....	6
El nacimiento de la Facultad de Rehabilitación y Desarrollo Humano	9
Una nueva estructura para la Facultad en el contexto de la Universidad.....	9
La salud y las conversaciones de paz.....	11
La OPS y los nuevos enfoques para la salud pública: ¿qué hacer con ella en un sistema de aseguramiento?.....	18
Primera visita de acreditación del Programa de Medicina	22
Continúa la reestructuración de la Facultad	24
La saga por un nuevo hospital continúa	27
El Estatuto del Profesor Universitario	30
Desarrollo de la investigación y creación del Comité de Ética en Investigación	31
Grupo de Investigación en Educación Médica.....	32
Grupo de Investigación Clínica.....	33
Grupo de Investigación en Neurociencias (NEUROS).....	34
Grupo de Investigación en Salud Pública	35
Línea Institucional de Investigación “Historia de la Universidad del Rosario”	36
El Comité de Ética de la Facultad de Medicina.....	36
Nuevos desarrollos del Departamento de Salud Pública.....	37
Aumento de los cupos de ingreso a la Facultad y adecuaciones locativas	40
Apertura de nuevos posgrados	41
La OMS: una evaluación internacional de los Sistemas de Salud y Seguridad Social	44
Los últimos estertores del proceso de paz	46
Modificación de las relaciones con el Hospital Occidente de Kennedy y adecuaciones curriculares.....	51
Final del Gobierno de Andrés Pastrana Arango: el fracaso de las “Conversaciones de Paz”	54

Comienzan los ocho años del gobierno de Álvaro Uribe Vélez.....	56
Decanatura Interina de Leonardo Palacios Sánchez (2002-2003).....	59
Nuevas exigencias estatales de construcción de infraestructuras para la docencia	60
Nuevas exigencias estatales de adecuación al nuevo sistema de créditos académicos	61
Creación del Programa de Tutores Pares.....	62
El Grupo de Investigación Clínica y la creación del Centro de Investigación Clínica de la Universidad del Rosario (CICUR).....	63
Decanatura en propiedad de Leonardo Palacios Sánchez (2003-2014)	65
Aprobación definitiva de la Maestría en Ciencias con énfasis en Genética.....	65
Aprobación e implementación del Programa de Tutores Pares	66
Implementación del sistema de créditos en el programa.....	68
Revista Ciencias de la Salud.....	72
Se profundiza el neoliberalismo conservador en salud en el país.....	72
Creación de una novedosa Facultad de Medicina en Bogotá, organizada por “competencias”.....	75
Primera renovación de la Acreditación.....	79
Hacia el rediseño del nuevo currículo para el programa de medicina.....	89
Creación de nuevos programas.....	101
Reconfiguración del Programa de Medicina	103
Creación del Programa de Psicología.....	104
Creación del Programa de Enfermería	107
Creación del Programa en Ingeniería Biomédica	110
Nuevos rumbos para la Salud Pública en la Facultad de Medicina.....	112

Creación de la Facultad de Ciencias Naturales y Matemáticas	115
Continúa la ardua búsqueda por un Hospital Universitario.....	117
Por fin un Hospital Universitario: la Corporación Universitaria Juan Ciudad, Méderi y sus hospitales	120
Reorganización del Internado Rotatorio.....	132
Los Programas de Especialización durante decanatura en propiedad de Leonardo Palacios	132
Creación del Doctorado en Ciencias Biomédicas.....	136
Nuevos desarrollos de la investigación.....	136
Convenio con la Corporación de Investigaciones Biológicas (CIB)	137
Se reactiva la idea de una reforma curricular.....	139
Vivencias de estudiantes formados en el currículo clásico de la Facultad	140
Nuevos grupos de investigación.....	142
Convenio con la Fundación Instituto de Inmunología de Colombia-FIDIC.....	142
Grupo de Estudios Sociales de las Ciencias, las Tecnologías y las Profesiones (GESCTP).....	144
Las ideas del movimiento de la Medicina Social Latinoamericana llegan a la Facultad.....	147
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).....	153
La creación de la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud.....	153
Nuevo Departamento: Pediatría.....	158
Renovación por segunda vez de la acreditación del Programa de Medicina.....	158
Inicio de la restructuración del currículo del Programa de Medicina.....	163
El bagaje que Gustavo Adolfo Quintero Hernández aportaría a la transformación del currículo.....	163

Los aportes de Ana Isabel Gómez Córdoba al grupo que lideró el proceso de reforma.....	165
Las concepciones educativas aportadas por Andrés Isaza Restrepo al grupo de la reforma.....	169
Los aportes de Catalina Latorre Santos al grupo que lideró el proceso de reforma.....	173
Cambio de rumbo en el proceso de la reforma: la llegada al grupo de Emilio Quevedo Vélez.....	174
Se consolida la propuesta de la reforma	182
Final del gobierno de Álvaro Uribe y llegada de Juan Manuel Santos Calderón a la Presidencia de la República.....	186
Continúa el proceso de reestructuración del currículo de Medicina.....	190
Méderi como organización de conocimiento.....	198
La puesta en marcha del nuevo currículo de Medicina	200
Vivencias estudiantiles durante el proceso de reforma de Programa de Medicina.....	202
Cambios interinos en la Dirección del Programa de Medicina y nuevos programas de posgrado.....	204
Finalización de la decanatura de Leonardo Palacios	205
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)	207
Decanatura de Gustavo Quintero Hernández (2014-2019)	207
Cambios en la estructura organizacional y académica.....	209
Celebración de los primeros cincuenta años de la creación del Programa de Medicina.....	212
Cincuenta años de la creación de los Consejos Estudiantiles	213
Por fin un Acuerdo de Paz	214
Ajustes de las relaciones de la Escuela con los aliados estratégicos.....	215
Un decano de Medicina del Rosario por primera vez presidente de ASCOFAME	216

Convenios de exclusividad	217
Revitalización del Programa de Enfermería	218
Nuevos programas de posgrado	219
El Programa de Maestría en Salud Pública	219
El Programa de Maestría en Ciencias de la Rehabilitación	220
Fortalecimiento de la Investigación	220
Proyecto estrella: Medicina traslacional	220
Renovación por tercera vez de la acreditación del Programa de Medicina	223
La Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud en el QS World University Rankings	227
La Ley Estatutaria en Salud versus la Ley Ordinaria	227
Proyecciones del programa de Medicina en ASCOFAME	235
Comisión para la Transformación de la Educación Médica en Colombia	235
Consenso de Montería	238
Consejo General de Educación Médica (CGEM)	240
Creación del Comité de Ética en Investigación de la Universidad del Rosario (CEI-UR)	240
Segunda decanatura de Gustavo Quintero Hernández	241
La Ruta 2025	242
Continúan las proyecciones del programa de Medicina a través de ASCOFAME	246
Capacitación de los médicos generales para hacer posible la implementación del modelo integral de atención en salud (MIAS)	246
Congreso Mundial de Educación Médica ASCOFAME sesenta años	247
La Escuela modifica sus relaciones con la FIDIC	248
Graduación de la primera promoción del nuevo currículo de Medicina	248

CUARTA PARTE

CODA FINAL

<i>Reflexiones finales</i>	273
<i>A modo de epílogo</i>	275
<i>Anexo</i>	
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	287
<i>Bibliografía</i>	301
<i>Contenido Tomo 1</i>	349

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 2019¹. 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). Adicionalmente, agradecemos a Cindy Katherine Canti R. su acuciosa labor como asistente de investigación en las primeras fases del proyecto.

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

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

Prólogo

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 dissociada 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.

Gustavo Adolfo Quintero Hernández

Decano Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud

Universidad del Rosario

Presidente Junta Directiva de ASCOFAME

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 previos². 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 el siglo XX en dicha Universidad, entre 1965 y 1969, período que se inició desde el

² 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).

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 Salud³, durante la decanatura de Gustavo Quintero Hernández⁴.

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 histórico

³ 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*).

⁴ 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.

titulada RESTAURACIÓN⁵. 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 consolidó un

⁵ 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).

proceso, que se había iniciado desde el año 2005⁶, 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 Medicina⁷. 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 Curricular⁸ 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 los cambios curriculares exigidos por el Instituto Colombiano para el Fomento de la

⁶ 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.

⁷ 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.

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

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 Pública⁹ 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 Bogotá¹⁰ (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 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

⁹ 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.

¹⁰ 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.

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)¹¹ 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 Salud¹². 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, 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

¹¹ 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”.

¹² 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).

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 ellos¹³. 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 no tienen relación directa con la historia interna de la Facultad, sí permiten comprender el marco contextual general en que dicha historia estaba

¹³ 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.

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 primarias¹⁴ relacionadas con la historia interna de la Facultad y en las entrevistas realizadas con aquellos actores que aún están vivos, este relato histórico se apuntna también en la información y el conocimiento histórico aportados por aquella bibliografía secundaria¹⁵ que ha sido escrita por historiadores y científicos sociales, para dar cuenta del devenir histórico nacional e internacional en diferentes ámbitos¹⁶.

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

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

¹⁶ 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 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

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

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. 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.

TERCERA PARTE

SEPARACIÓN 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 11 de junio de 1999, el rector Guillermo Salah Zuleta nombró como decano de la Facultad de Medicina al ginecólogo Jaime Antonio Pastrana Arango, mediante el Decreto Rectoral n.º 589 de ese año, diez meses después de la posesión de su hermano como Presidente de la República. El nuevo decano comenzó a desempeñar sus funciones a partir del día 22 del mismo mes¹, convirtiéndose en el segundo decano egresado de la Facultad de Medicina del Rosario y el primero cuyo nombramiento no resultó de una terna propuesta por una entidad externa sino por escogencia directa del rector, como sucedió de ahí en adelante. Cuando el rector Guillermo Salah Zuleta designó como nuevo decano de la Facultad de Medicina a Jaime Pastrana Arango, tenía en mente dos propósitos fundamentales: sacar adelante a la Facultad con un nuevo enfoque curricular y, en lo posible, con un hospital universitario (Isaza Restrepo, 2015).

¹ Decreto Rectoral n.º 589, del 11 de junio de 1999.

Hijo del expresidente Misael Pastrana Borrero y hermano del, en ese momento, Presidente de la República, Andrés Pastrana Arango, se había graduado de bachiller en el Colegio de San Bartolomé y, a pesar de la insistencia de sus profesores bartolinos, que le recomendaron seguir su carrera en la Universidad Javeriana, en 1973 inició sus estudios de Medicina en la Universidad del Rosario, cuando su padre, Misael Pastrana, siendo Presidente de la República, fungía como patrono de dicha Universidad².

Después de terminar su carrera y de recibir el grado de médico-cirujano, viajó al Magdalena Medio para hacer la práctica de su año rural, pero fue rápidamente trasladado a Cartagena, ciudad en donde terminó dicha práctica como director del Hospital Universitario San Pablo y donde continuó viviendo durante unos años más. Solo hasta mediados de la década de los ochenta regresó a Bogotá e inició sus estudios de especialización en Ginecología y Obstetricia, en la Universidad del Rosario. Más tarde se graduó como especialista en Alta Gerencia de la Universidad de los Andes (Pastrana Arango, 2016a: 5). Había sido además, durante diez años, gerente del periódico *La Prensa*, empresa de carácter familiar (Pastrana Arango, 2016a: 9).

Según el propio decano Pastrana Arango:

[...] Yo tenía [...] una asociación de fundaciones en la que trabajamos para niños [...] y, un día, sonó el teléfono [...] [y, al otro lado de la línea] el Dr. Riveros me dijo: el rector [del Colegio del Rosario] quiere hablar con usted. El rector me dijo que si quería ser decano. [En ese momento pensé] yo no sé si yo pueda soltar esto [que estoy haciendo]. Me dicen venga y conoce la Facultad. [Fuimos a la sede de la Quinta de Mutis] y la conocimos. Todo [era] tan diferente [...] y entonces acepto. (Pastrana Arango, 2016a: 10)

El encuentro con la realidad

Al llegar a ejercer su cargo, se encontró, entre otras cosas, con una situación financiera difícil. Según sus propias palabras, la Facultad tenía una deuda

² Según el propio Jaime Pastrana, al ingresar, como estudiante, el primer día de clases “tuve un buen recibimiento, me acuerdo. Cuando yo entré había un cartel bien grande que decía: ‘Bienvenido el HP: el hijo del Presidente’” (Pastrana Arango, 2016a: 1).

de 2800 millones de pesos³, se había perdido el Hospital de San José y también se había perdido una parte del pregrado y del posgrado, pues un buen número de profesores se había quedado con la Sociedad de Cirugía en el Hospital. “Además de eso, no me alcancé a sentar [en el escritorio del Decano] y me dicen: ‘la Consiliatura espera que, en tres meses, usted les pase el nuevo currículo, porque como nos salimos de San José [...] toca hacer un currículum⁴ [...] pero, eso no es todo; además, ¡estamos en proceso de acreditación!’” (Pastrana Arango, 2016a: 10).

Pero no era solo eso: recién llegado a la decanatura comenzó a recibir las quejas de los estudiantes de clínicas, de quinto y sexto semestre, que todavía quedaban en el Hospital de San José. Según el decano Pastrana Arango, los profesores de la recientemente establecida Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud (FUCS) ya estaban enseñando en los semestres clínicos del Programa de Medicina y surgieron algunas dificultades por la convivencia de los estudiantes del Rosario con los alumnos de la nueva institución creada por la Sociedad de Cirugía en el Hospital de San José⁵. Esto precipitó la salida precoz de los estudiantes de pregrado del Rosario de dicho hospital. En estas condiciones, y teniendo en cuenta que se requerían cambios de carácter transicional, el decano Pastrana tomó la decisión de

³ De acuerdo con el propio decano Pastrana: “Me nombran a mí porque la Facultad debía 2800 millones de pesos [...] y la decisión que habían tomado era que iban a nombrar un administrador como decano de Medicina. Por eso me buscaron y me nombraron a mí: necesitaban un gerente, un administrador” (Pastrana Arango, 2016a: 10).

⁴ En efecto, a pesar de los importantes esfuerzos realizados durante la decanatura del decano Tribín que dejaron consolidados el currículo de primero a cuarto semestre, como ya se mencionó atrás, era necesario continuar la tarea de reconstrucción del currículo de la nueva Facultad, especialmente en lo relacionado con los semestres clínicos.

⁵ En 1976, la Sociedad de Cirugía de Bogotá había creado la Corporación Escuela de Ciencias de la Salud que, a partir de 1977, abrió Programa de Enfermería e Instrumentación Quirúrgica. En 1980, esta institución cambió su nombre por el de Fundación Tecnológica de Escuelas Paramédicas, la cual fue liquidada en 1993. En 1994, una vez terminado el convenio con la Universidad del Rosario y, como ya se ha mencionado atrás, convertido en un nuevo convenio de naturaleza diferente centrado en la prestación de servicios mutuos que dejó en libertad a las dos instituciones (Universidad del Rosario y Sociedad de Cirugía de Bogotá) para abrir Programas Docentes Propios, la Sociedad cambió la denominación de su Fundación Tecnológica por Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, la cual permitió la creación de una nueva Facultad de Medicina en el Hospital de San José, en diciembre de 1997 (Disponible en <https://www.fucsalud.edu.co/index.php/historia>).

emprender un proceso de reestructuración administrativa de la Facultad y del currículo (Pastrana Arango, 2016a: 24).

Primeros cambios

Mientras se elaboraba dicha propuesta de reestructuración, se realizaron importantes ajustes. El decano Pastrana Arango comenzó a hablar de la importancia de introducir la flexibilidad curricular, especialmente en los semestres clínicos (ya que los básicos eran difíciles de cambiar), para que los estudiantes pudieran dedicar más tiempo a aquellas áreas y especialidades que fueran de su interés, pensando en su futura especialización. Propuso entonces que el lema de la Facultad de Medicina debería ser “formación centrada en la persona”. Según Pastrana Arango, dicho lema estaba basado en la propuesta del psicólogo y psicoterapeuta norteamericano Carl Rogers, quien hablaba de una terapia no directiva, mejor conocida como “terapia centrada en el cliente”, la cual él mismo renombró “como terapia centrada en la persona” (Pastrana Arango, 2016b: 6-7). Por decisiones del Comité de Currículo, se favorecieron estas y otras experiencias tendientes a que el plan de estudios, que era bastante rígido, empezase a ser más flexible. Para comenzar con esta tendencia, en la reunión del Consejo Académico, realizada el 9 de septiembre de 1999, se aprobó una nueva propuesta de reglamentación del internado rotatorio de carácter flexible⁶, en correspondencia con la reforma que desde 1997 se había venido proponiendo (Pastrana Arango, 2016a; Ruiz Sternberg, Beltrán & Palacios Sánchez, 2006).

Según Leonardo Palacios⁷, a la sazón Jefe de Educación Médica, con esta propuesta los alumnos tenían tres posibilidades:

1. Realizar su internado en forma clásica (tres meses de rotación por las cuatro grandes especialidades de la medicina: Medicina Interna, Pediatría, Cirugía, y Ginecología y Obstetricia);

⁶ Acta n.º 32 del Consejo Académico del 9 de septiembre de 1999: 1.

⁷ Este nuevo modelo de reglamentación del Internado había nacido en 1997 cuando el decano y el Jefe de Educación Continuada, Palacios, propusieron realizar el internado rotatorio en forma flexible. Esto lo plantearon teniendo en cuenta que poseían ya el control de la Facultad de Medicina, sin la participación de la Sociedad de Cirugía de Bogotá (Palacios Sánchez, 2015).

2. Cursar seis meses de internado clásico (un mes y medio por cada una de las especialidades) y seis meses en el área de interés del alumno, previo acuerdo con el jefe de Educación Médica (que hacía las veces de coordinador del internado); y,
3. Realizar los 12 meses en su área de interés, incluida la posibilidad de hacer todo el año en un hospital o en un instituto de investigación, fuera del país.

Para ese entonces, en Colombia, el servicio social para los médicos recién egresados era obligatorio⁸, y la nueva propuesta del decano planteaba una dificultad real para aquellos alumnos que habían elegido el año completo de su internado en áreas en las que no tenía contacto con las grandes especialidades médicas. El problema era que los egresados debían prestar este servicio social en zonas del país en las cuales se verían enfrentados a situaciones médicas que requerirían competencias que solo se podían adquirir durante las rotaciones por dichas especialidades. Como respuesta a lo anterior, la Universidad solicitó a la Secretaría Distrital de Salud algunos cupos de servicio social obligatorio para ser realizados en las instalaciones de la Facultad, en la modalidad de investigación. Una vez aprobados dichos cupos, se dio prioridad para el acceso a aquellos egresados que habían hecho el internado “especial” sin contacto con pacientes⁹.

Dicha propuesta constituyó sin duda un novedoso planteamiento frente a la forma como se venía realizando el internado en Colombia y fue muy bien recibida por parte de los estudiantes (Palacios Sánchez, 2015). En noviembre de 1999, se expidió el Acuerdo 01 del Consejo Académico como parte de la aprobación del nuevo reglamento de internado en la que no solo quedaba muy claro su aspecto flexible, sino el hecho de que los estudiantes debían pagar una matrícula¹⁰.

⁸ Este servicio social obligatorio venía a reemplazar al clásico Año Rural abriendo la posibilidad de dedicar ese año en otros campos de prestación de servicios médicos distintos a la atención médica rural.

⁹ Esto se hizo evidente en la propuesta posterior del decano Pastrana al solicitar él, en junio de 2000, dos rurales que desempeñarían sus funciones en el Departamento de Ciencias Básicas. Acta n.º 41 del Consejo Académico del 15 de junio de 2000: 4.

¹⁰ Acta n.º 33 del Consejo Académico del 9 de noviembre de 1999: 4.

En esa misma reunión del Consejo Académico del 9 de noviembre de 1999, para resolver el impase que implicó el retiro de los estudiantes de quinto y sexto semestre del Hospital de San José, y siguiendo con lo iniciado el semestre anterior, el endocrinólogo Erick Hernández Triana, a la sazón coordinador académico de Medicina Interna, presentó a dicho Consejo una propuesta de reestructuración de estos dos semestres, junto con la necesidad de redimensionar la nómina y la negociación de convenios con el Instituto del Riñón y la Fundación Neumológica Nacional. Dicha propuesta fue aprobada en esa reunión¹¹.

En términos generales, la reestructuración comprendía los siguientes aspectos:

Para quinto semestre,

[...] se realizarán 3 sesiones semanales teórico-prácticas en donde se incluyen las clases magistrales, el Laboratorio de Semiología y jornadas en multimedia. Además, se contará con revistas de semiología en el Hospital Occidente de Kennedy y prácticas semiológicas en la Fundación Cardioinfantil [...] y el Hospital de la Samaritana¹².

Y para sexto semestre,

[...] se dispondrá de un esquema de rotaciones por 2 servicios: Pacientes hospitalizados en donde los estudiantes realizarán una rotación de 5 semanas [...] aproximadamente por el Hospital de Kennedy en donde participarán del análisis e interpretación de las patologías más frecuentes que ameritan manejo por el servicio de Medicina Interna. La otra rotación será Especialidades en donde asistirán a los servicios de Cardiología, Neumología, Nefrología, Neurología y Urgencias con una duración de 11 días hábiles cada una en los hospitales de Occidente Kennedy, Fundación Cardioinfantil, Instituto del Riñón y Fundación Neumológica Colombiana y además tendrán refuerzo teórico-práctico

¹¹ Acta n.º 33 del Consejo Académico del 9 de noviembre de 1999: 2.

¹² Acta n.º 33 del Consejo Académico del 9 de noviembre de 1999: 2.

en: Dermatología, Toxicología, Endocrinología, Gastroenterología, Hematología, Infectología y Oncología¹³.

El nacimiento de la Facultad de Rehabilitación y Desarrollo Humano

Mientras el nuevo decano pensaba en la reestructuración de la Facultad de Medicina, paralelamente, en julio de 1999, un mes después de su posesión y cinco meses después de la llegada de las Facultades de Rehabilitación a la Quinta de Mutis, sus directivas y profesores comenzaron a pensar en la integración de esas tres Facultades en un programa único, con un núcleo básico común (Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, 1999). Como consecuencia, en el año 2000, se creó la Facultad de Rehabilitación y Desarrollo Humano de la Universidad del Rosario, a la cual se integraron las antiguas Facultades en la forma de tres Programas Académicos: Programa de Fisioterapia, Programa de Fonoaudiología y Programa de Terapia Ocupacional, bajo una sola decanatura y en proceso de construcción de un nuevo currículo que ampliaba el panorama laboral futuro de los egresados de esta nueva Facultad (Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario. Facultad de Rehabilitación y Desarrollo Humano, 2000).

Una nueva estructura para la Facultad en el contexto de la Universidad

Con la separación definitiva de la Sociedad de Cirugía de Bogotá y la Universidad del Rosario, como consecuencia de la abrupta finalización del Convenio, a finales de 1999, se comenzó un nuevo gran período de la historia de esta Institución, durante el cual sus directivas y profesores reiniciaron su reconstrucción académica y administrativa y se aceleró la búsqueda de un nuevo hospital.

En la Facultad de Medicina anterior, que era hija del matrimonio entre la Sociedad de Cirugía de Bogotá y el Colegio del Rosario, el decano era siempre un miembro de dicha Sociedad y los Jefes de Departamento eran los mismos Jefes de Departamento del Hospital de San José. En cambio,

¹³ Acta n.º 33 del Consejo Académico del 9 de noviembre de 1999: 2-3.

en la Facultad que comenzaba a reestructurarse, el decano ya no contaba con un hospital propio. Por lo tanto, Pastrana tomó la decisión de iniciar su reconstrucción administrativa.

El primer paso fue solicitarle a la Consiliatura el nombramiento de jefes de Departamento dependientes de la propia Universidad. En la cúspide de la pirámide estaría el decano, como responsable final de todos los cambios y acciones, y de él dependerían los nuevos Jefes de Departamento. Como había que hacer nuevos convenios y renovar los que ya existían con los diferentes hospitales, el decano necesitaba que dichos Jefes de Departamento fueran empleados de la Universidad, puesto que cada uno tendría que vérselas con sus propios componentes del pregrado y de los posgrados, así como con los centros de práctica correspondientes a las actividades que estuvieran relacionadas con dichos Departamentos. Esto significaba que estos Jefes de Departamento no dependerían de los directores de ninguno de los hospitales, o de los jefes de servicios de dichas instituciones, sino que estarían sentados en la decanatura trabajando en equipo con el decano. Según el propio Pastrana Arango, él fue a la Rectoría y negoció la posibilidad de que los Jefes de Departamento fueran nombrados como personal administrativo, con un salario competitivo, para que pudieran dedicarse a trabajar con el decano de tiempo completo (Pastrana Arango, 2016a: 11).

Los departamentos quedaron consolidados así: el Instituto de Ciencias Básicas, que ya existía desde que se había iniciado el traslado a la Quinta de Mutis, lo continuó manejando Ciro Casadiego Torrado. Con respecto a los nuevos jefes de Departamento, se planteó que las áreas médicas se dividirían en clínicas y quirúrgicas. Y, por lo tanto, se nombró al neurólogo pediatra Alberto Vélez van Meerbeke¹⁴ como jefe de las áreas clínicas¹⁵, que incluían Medicina Interna, Pediatría, Psiquiatría y Salud Pública; por su parte, el

¹⁴ Alberto Vélez van Meerbeke se había graduado como médico-cirujano en la Universidad del Rosario, en 1981, y especializado en Pediatría y Neuropediatría en la Universidad Autónoma de Madrid, en 1986. Entre 1986 y 1987 había realizado un Fellow en Neuropediatría, con Énfasis en Epilepsia, en el Hôpital Saint Vincent de Paul, de París. Estaba vinculado a la Universidad de la Sabana, desde 1999, y entró a trabajar en la Facultad de Medicina del Rosario en enero de 2000 (CVLac Alberto Vélez van Meerbeke: https://scienciaminciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0000154539).

¹⁵ Acta n.º 35 del Consejo Académico del 14 de diciembre de 1999: 4-5.

cirujano Rafael Enrique Riveros Dueñas¹⁶ propuso voluntariamente coordinar las áreas quirúrgicas (Pastrana Arango, 2016a: 11). La médica rosarista y gineco-obstetra Ángela María Ruiz Sternberg se encargó de la Secretaría Académica (Ruiz Sternberg, 2018).

La salud y las conversaciones de paz

A finales de 1996, el médico y magíster en Medicina Social, Saúl Franco Agudelo, había denunciado que en la última década la violencia en Colombia se había constituido como el principal problema de salud pública (Franco Agudelo, 1996: 205-235), haciendo eco de los planteamientos que en 1987 había hecho Héctor Abad Gómez en su artículo *Epidemiología de la Violencia* (Abad Gómez, 1987a). Basándose en esa afirmación, en noviembre de 1999, Franco Agudelo, afirmaba que debido a la violencia que se estaba ejerciendo en Colombia, tanto por el enfrentamiento entre los grupos guerrilleros y paramilitares, como por la violencia común, durante la última década del milenio, “los homicidios se han mantenido y consolidado en el primer lugar de las causas de muerte” en el país.

A la fecha en que Franco Agudelo escribía, esos homicidios representaban el 20 % de la mortalidad total del país, con varios agravantes: en primer lugar, que estas muertes se concentran selectivamente en la población masculina cada vez más joven (incluyendo entre ellos a muchos líderes sociales populares y políticos), con tasas preocupantes de homicidio de niños de 5 a 14 años; en segundo lugar, que la tendencia era creciente, lo cual permitía pensar que si no se tomaban medidas adecuadas se iba a terminar a final de siglo con un promedio de 500.000 homicidios; y, en tercer lugar, que los grupos enfrentados entre sí estaban “recurriendo a formas cada vez más crueles y masivas de violencia para asesinar a las víctimas [...], se han generalizado las masacres —asesinatos colectivos en situación de indefensión— se desconocen los mínimos éticos y humanitarios en la selección de

¹⁶ Rafael Enrique Riveros Dueñas también se había graduado como médico-cirujano en la Universidad del Rosario, en 1975, y se había especializado en la misma Universidad como cirujano general en 1979. Se había formado luego en Cirugía Vascular Periférica y en trasplante renal, en los Estados Unidos, en 1983. Se vinculó a la Facultad de Medicina del Rosario y al Hospital de San José, en 1979 (CVLac Rafael Enrique Riveros Dueñas: https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0000211818).

las víctimas y en las modalidades de los asesinatos”. Esto implicaba que se había creado “una especie de competencia por la crueldad entre los diversos actores” (Franco Agudelo, Saúl, 2000: 12-13).

Además de los problemas de salud que implicaban estas condiciones de violencia en el país, el sistema de salud no dejaba de tener serios defectos. Como lo planteaba Alirio Uribe Muñoz¹⁷, en la presentación del libro *La salud está grave. Una visión desde los derechos humanos*, resumiendo los planteamientos hechos por los diferentes autores que conforman este volumen, entre estos defectos más grandes estaban:

[...] los largos periodos de carencia para la atención adecuada de graves patologías o enfermedades de altos costos; fallas en materia de asistencia en la salud mental; las limitaciones en el suministro de drogas, dependiendo del costo y no de las necesidades del paciente; exclusión de los programas de fertilidad; limitaciones del régimen de salud en relación con los discapacitados; discriminación a los enfermos con SIDA; la tramitología para los usuarios o para la familia ante las EPS e IPS; la presión de las EPS e IPS para la no utilización o limitación en el uso de las salas de cuidados intensivos, la baja cobertura existente y la imposibilidad de cumplir las metas esperadas; las dificultades para el acceso al sistema por parte de las personas de servicio doméstico, las madres comunitarias, los trabajadores independientes, los vendedores ambulantes, los desplazados, entre otros sectores marginados y con difícil acceso a la salud; el problema de la intermediación con altos índices de ganancia para las IPS; las precarias condiciones laborales de los trabajadores de la salud, muchos de los cuales no tienen cobertura de salud; la conversión de la salud en una mercancía que se maneja con los criterios de los seguros privados, y en general, la inviabilidad del modelo actual. (Uribe Muñoz, 2000: 23)

¹⁷ Vicepresidente de la Federación Internacional de Derechos Humanos (FIDH); miembro Coordinación de la Plataforma Colombiana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo; y profesor universitario.

Las condiciones de violencia arriba mencionadas, que se habían agudizado en los últimos años de la lucha entre los grupos guerrilleros y los recién creados paramilitares, y los defectos inherentes a la naturaleza del Sistema de Salud imperante, estaban afectando la tranquilidad de las zonas rurales y urbanas del país. Por otra parte, los problemas que se venían presentando en las condiciones de salud de las personas dejaban dudas de que, con un sistema de salud así, se pudiera implementar la paz. El debate, entonces, cuando se inician las conversaciones de paz, giraba en torno a la pregunta ¿es posible la paz sin salud, es posible la salud sin la paz? (Franco Agudelo, 2000: 9-11).

A partir de esta pregunta, fueron surgiendo varios movimientos dedicados a discutir el problema de cómo deberían ser los servicios de salud en Colombia, si se llegara a firmar la paz, para que estos pudieran garantizar el bienestar de los ciudadanos en las condiciones que implicaba la reconstrucción del Estado y de la sociedad en este nuevo posible escenario. Entre ellos, estuvo el Movimiento Nacional por la Salud Pública, creado por un grupo de salubristas, académicos, y políticos de los diferentes ámbitos para discutir en torno a la pregunta central y proponer, a partir de la investigación, posibles alternativas ante ese futuro escenario. Especialmente combativo fue el Capítulo de Antioquia de dicho Movimiento, que promovió y organizó el II Congreso del Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social en Medellín, 26 al 28 de noviembre de 2004 (Echeverri López, Fernández Moreno, Girón Sierra & Torres Tovar, 2004).

De igual forma, se consolidó un grupo de trabajo sobre el derecho a la salud, en el marco de la Plataforma Colombiana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo que centró sus análisis en lo que implicaba comprender la salud como un derecho, tal como lo había propuesto la Constitución del 91 (De Currea Lugo, Hernández Álvarez, Paredes & PROVEA, 2000). Así mismo, se constituyó la Corporación Salud y Desarrollo, como una entidad de derecho privado para organizar y financiar proyectos de investigación y planes de acción desde nuevas perspectivas en salud. Especialmente significativo fue el volumen multiautores sobre *La salud en la agenda para la paz*, por la calidad analítica y crítica de los trabajos allí reunidos (Velandia M., Franco A. & González Posso, 2000).

No obstante, a pesar de estas expresiones en favor de discutir el papel que podría desempeñar la salud en las conversaciones de paz, los problemas de salud de la población no estaban presentes en las conversaciones mismas de paz. “Ninguno de los actores en conflicto [ubicaba] a la salud entre los aspectos prioritarios de la negociación”. Según Mario Hernández, “si se observan las agendas o temas de discusión en el proceso de negociación actual, tanto con las Fuerzas Armadas Revolucionarias (FARC), como con el Ejército de Liberación Nacional (ELN), se encuentra que la salud se incluye de manera imprecisa en los asuntos de la política social” (Hernández Álvarez, 2000b: 85). En efecto, las discusiones estaban centradas en los mecanismos para el ejercicio real de la democracia y los criterios básicos para la construcción de un nuevo aparato estatal. Pero, como bien señala Hernández, la articulación entre política económica y política social debería tener un lugar especial en estas conversaciones, pues “no es posible pensar en un nuevo Estado sin discutir la estructura jurídico-política que sustenta su acción social. Así que, aunque no es la prioridad, la política de salud [tendrá que ser] tarde o temprano objeto del debate en el proceso de paz” (Hernández Álvarez, 2000b: 86).

El escollo fundamental para responder la pregunta planteada atrás estaba que en la Constitución del 91 “resultó ser una combinación forzada de social-democracia y neoliberalismo. Fue amplia la enunciación de los derechos, pero también estableció límites y contradicciones que le han puesto zancadilla a su realización”. Aunque la salud, así como la educación, fueron considerados derechos sociales, en última instancia “[...] la salud solo quedó enunciada como un servicio público, no como un derecho” (Hernández Álvarez, 2000b: 91-92).

Como se mencionó antes, durante el primer año de gobierno del presidente Andrés Pastrana, el tema de la salud volvió a subir a la palestra. El Ministerio de Salud inició una serie de foros y debates sobre la forma como se debería desarrollar el nuevo sistema de salud, como también se mencionó atrás. Como resultado de esto, más de 320 propuestas se recogieron en todo el país y todos los actores del sistema se pronunciaron. Los usuarios del sistema de diferentes condiciones sociales “reclamaron la superación de los obstáculos económicos para el acceso a los servicios [...] No resisten más que la capacidad de pago siga siendo uno de los principales obstáculos

para recibir una atención oportuna, suficiente y de calidad, cuando está en juego la propia vida o la de un ser querido” (Hernández Álvarez, 2000b: 92).

No obstante, casi todo el resto de los actores del campo de la salud seguían insistiendo en favorecer su propio beneficio económico, antes que el beneficio en general de la población. Las empresas promotoras de salud EPS, que ya habían organizado su propia asociación, la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral (ACEMI), para defenderse, no estaban dispuestas a permitir que el modelo impuesto por la Constitución y por la Ley 100 fuera afectado, y exigían que el Estado suspendiese los “privilegios” de los servicios públicos, especialmente del Seguro Social, que eran sus competidores. Así mismo, las administradoras del régimen subsidiado (ARS) “se resisten a ser desplazadas, a pesar de los sobre costos ocasionados por la intermediación de los recursos públicos”. Por su parte, las Cajas de Compensación Familiar se ofrecían para administrar todo el régimen subsidiado y las Empresas Solidarias de Salud (ESS), tratando “de mostrar los beneficios de la economía solidaria” (Hernández Álvarez, 2000b: 92-93).

Los médicos, como siempre, unos tratando de mantener sus privilegios como profesión liberal y otros intentando defender su vinculación con el Estado, ante la discusión presente, retomaron su antigua división: los vinculados con la Asociación Médica Colombiana y la Academia Nacional de Medicina, buena parte de ellos especialistas, proponían una reforma a la Ley 100 que mantuviera el esquema dual e inequitativo, es decir, una “medicina para pobres a cargo del Estado sin intermediación; y [una] medicina para los que puedan pagar, con mercado regulado”; los otros, la mayoría médicos generales y especialistas vinculados al Seguro Social, afiliados a la Asociación Médica Sindical (ASMEDAS), proponían “la ampliación de la Seguridad Social Integral administrada por el Estado” (Hernández Álvarez, 2000b: 93).

Los sindicatos de los demás trabajadores de la salud se ubicaban en polos diferentes, dependiendo de su propio origen: unos defendían a las EPS públicas, otros querían administrar sus propios servicios autónomamente, para otros más el ideal era la consolidación regional del Sistema de Salud y, finalmente, los últimos proponían mantener el subsidio a la oferta en los hospitales públicos. Mientras tanto, las centrales obreras presentaron una propuesta para “profundizar en la construcción de un Estado Social de Derecho, como fue prometido en la Constitución del 91, en el cual se prioricen

todos los derechos fundamentales incluidos los de tercera generación”. Esta propuesta defendía la que habían presentado en 1992 para crear un Sistema de Seguridad Social para todos, administrado por el Estado. No obstante, entre ellos mismos había serias divisiones internas, pues existían grupos de trabajadores que habían “logrado servicios de salud con amplios beneficios y que conservan regímenes especiales” (Hernández Álvarez, 2000b: 93).

Por su parte, en diferentes documentos, los grupos insurgentes habían planteado “algunos indicios sobre los problemas de salud y la manera de afrontarlos”. Sin embargo, estos documentos no presentaban ningún modelo detallado, solo esquematizaban unos criterios generales desde los que pensaban que se podría extractar una forma de organización de los servicios de salud. Ya desde 1993, las FARC, en un documento en el que esbozaban sus criterios para un gobierno popular “de reconstrucción y reconciliación nacional”, planteaban que la salud era uno de los componentes de “bienestar social” en el cual incluían “el empleo, el salario, la vivienda, la educación y la recreación” y proponían que “el 50 % del Presupuesto Nacional sea invertido en bienestar social, el cual sería el centro de las políticas de Estado”. No obstante, más allá de esta propuesta general, no se presenta ningún tipo de desarrollo sobre la estructura administrativa que debería tener ese campo de la inversión pública (Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia [FARC-EP], 1999: 40-42; Hernández Álvarez, 2000b: 96-97).

Así mismo, la Coordinadora Nacional Guerrillera Simón Bolívar presentó sus propias “propuestas para un gobierno democrático y popular”, las cuales tampoco son detalladas, aunque claramente se oponen a la “privatización de los servicios de salud pero reclaman el reconocimiento de derechos para todos los colombianos”, entre los cuales incluyen la salud. Ya iniciadas las conversaciones de paz, las FARC denunciaron la privatización de los servicios públicos, de la salud y de la educación, como componentes del modelo neoliberal puesto en marcha por los partidos Liberal y Conservador. No obstante, en este documento tampoco se proponen mecanismos para lograr la garantía de los derechos sociales, incluyendo la salud, la cual es definida en este documento como “forma de desarrollo, físico y mental que contribuye al bienestar de la nación en lo individual y en lo colectivo”. Dada la marcada oposición a la privatización de los servicios a cargo del Estado, pareciera ser que este modelo estaría más cercano al de un Servicio

Único de Salud manejado por el Estado, a semejanza del Servicio Nacional de Salud de Cuba (Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia [FARC-EP], 1999: 43-46; Hernández Álvarez, 2000b: 97).

En el caso del Ejército de Liberación Nacional (ELN), este había hablado poco del tema de salud. En una agenda propuesta para la Comisión Nacional de la Paz, sus definiciones son imprecisas: en un punto de esta agenda se habla de “seguridad social privada y pública, asistencia pública y sistema nacional de salud”; en otro de los puntos se refiere a un “sistema de salud”; en otro más hablan de “salud y nutrición básica”; y, finalmente, en algún otro lugar de la agenda hablan de la necesidad de hacer un “examen de la Ley 100 de 1993”. En el caso de este grupo no puede hablarse de que tengan una propuesta alternativa para la política sanitaria. Ante estas condiciones, Mario Hernández afirmaba en ese momento (2000):

puede decirse que desde los grupos insurgentes no se ha planteado todavía la estructura y el funcionamiento de un sistema de salud alternativo, más universal, más equitativo y de mejor calidad que el actual. Pero sí cabe presuponer una franca oposición al modelo predominante y la búsqueda de una mayor responsabilidad directa del Estado en la prestación de estos servicios. (Hernández Álvarez, 2000b: 97-98)

En el fondo, parecería ser que, en ese momento, nadie quería reformas profundas del sistema de salud, y los que planteaban otros enfoques posibles no tenían aún una propuesta clara que ofrecer. Esto dejó muy tranquilos a los técnicos del Ministerio después de haber realizado este ejercicio de consulta “popular”. “La conclusión fue que no era necesario cambiar el sistema. Solo era cuestión de algunos ajustes”. Por lo tanto, el asunto era un “problema de ajuste”: había que profundizar “en la ejecución del modelo definido por la Ley 100”. En síntesis, dejar “que el mercado distribuya y que el Estado trate de regular y de incorporar a los que no puedan pagar por sí solos su seguro”. De esta manera, durante el gobierno de Pastrana, Colombia avanza “hacia la consolidación de derechos contractuales individuales y poco solidarios, [concebidos estos, por los técnicos del Ministerio] como el máximo desarrollo de nuestro sistema político para resolver los problemas de salud” (Hernández Álvarez, 2000b: 94-95).

La OPS y los nuevos enfoques para la salud pública: ¿qué hacer con ella en un sistema de aseguramiento?

En medio de las dificultades para alcanzar la paz durante el gobierno de Pastrana y con el propósito de recuperar el liderazgo del Ministerio de Salud, en el ámbito de la salud pública se llevó a cabo un importante debate nacional apoyado por la OPS entre 1999 y 2000. En este, participaron funcionarios del Ministerio y sectores académicos y sociales diversos con el fin de elaborar y presentar al Congreso un proyecto para modificar la Ley 9 de 1979, por la cual se había establecido el Código Sanitario Nacional. Sin embargo, después de haber pasado por todos los debates en las comisiones correspondientes, al llegar a la Cámara de Representantes, el proyecto fue bloqueado porque los empresarios consideraban que ese nuevo código implicaba una serie de obligaciones costosas y, en medio de la crisis económica, “ejercieron presión sobre el gobierno para evitar su aprobación”. En estas condiciones, los asuntos de salud pública siguieron en el limbo (Hernández Álvarez et al., 2002: 366-367).

Ante esta situación, la representación de la OPS en Colombia había decidido, a fines de los noventa, “ordenar la cooperación alrededor de un objetivo central: superar las inequidades existentes en las condiciones de salud de la población y lograr el acceso universal a los servicios de salud con énfasis en la atención de los grupos más postergados”. Así los proyectos de cooperación se ubicaron en siete grandes áreas (Hernández Álvarez et al., 2002: 367):

- Salud en el Desarrollo;
- Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud;
- Atención a Desplazados por la Violencia;
- Promoción y Protección de la Salud;
- Salud y Ambiente;
- Prevención y Control de Enfermedades; y,
- Programa Especial de Vacunas e Inmunizaciones.

Esta nueva organización abría la posibilidad de avanzar en unas mejores relaciones con el Sistema General de Seguridad Social en Salud y con el Estado colombiano. Pero esto implicaba recuperar el liderazgo de la Organización (Hernández Álvarez et al., 2002: 367).

El dilema que era necesario resolver era que si las organizaciones internacionales y multilaterales de salud pública deberían ocuparse tanto de la regulación y del manejo de los servicios de salud para los pacientes individuales como también aquellos aspectos tradicionalmente considerados como exclusivos de la salud pública. El modelo norteamericano, desde las épocas de la Fundación Rockefeller, planteaba que los servicios de salud, es decir, las instituciones de carácter clínico, deberían dedicarse al tratamiento de los individuos enfermos y, desde el Informe Lalonde, estas deberían pertenecer al círculo del capital privado. Así mismo, el modelo concebido por Wickliffe Rose y William Welch, desde la Fundación Rockefeller, planteaba que la Salud Pública era una especialidad aparte, diferente de la práctica clínica, que debería dedicarse a la prevención y al manejo de las enfermedades colectivas en la comunidad. Los planteamientos del Banco Mundial sobre los nuevos servicios de salud, desde la perspectiva neoliberal, adoptados por la OMS, y basados en las propuestas de Lalonde, reforzaban este modelo norteamericano. En ese sentido, lo que era necesario resolver en la OPS era si esta institución, tradicionalmente dedicada a la salud pública desde el modelo rockefelleriano, y luego desde el desarrollista, debería o no incluir entre sus funciones la supervisión de los servicios de salud.

Al respecto, en enero de 1997, el Consejo Ejecutivo de la OMS propuso que se definieran las Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP), para convertirlas en la herramienta adecuada para renovar la política de “Salud para Todos en el año 2000” (SPT-2000). Como consecuencia, se puso en marcha un estudio con 145 expertos en salud pública de diferentes países que fueron consultados en tres rondas secuenciales. Como resultado de este estudio, se definieron nueve funciones esenciales para la Salud Pública: 1) prevención, vigilancia y control de enfermedades transmisibles y no transmisibles; 2) monitoreo de la situación de salud; 3) promoción de la salud; 4) salud ocupacional; 5) protección del ambiente; 6) legislación y regulación en Salud Pública; 7) gestión en Salud Pública; 8) servicios específicos de Salud Pública; y 9) atención de salud para grupos vulnerables y población de alto riesgo.

Es de anotar que en las reuniones de estos expertos “se produjo una controversia sobre la inclusión de los servicios de atención individual de salud dentro de las funciones esenciales de la salud pública”. Sin embargo,

no se logró el consenso y este tipo de servicios no quedaron incluidos como parte de esas funciones (Hernández Álvarez et al., 2002: 368).

Algo parecido se planteó en 1998 cuando el Instituto de Medicina de la Academia Nacional de Medicina de los Estados Unidos, en un documento llamado *El futuro de la salud pública*, planteó que esta consistía en “los esfuerzos organizados de la comunidad dirigidos a la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud”. Se confirmaba así una tradición estadounidense de dejar la atención individual curativa a la dinámica del sector privado y la prevención a cargo el Estado (Frenk, 1992, citado por Hernández Álvarez et al., 2002: 369). En otra reunión, convocada por los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC de Atlanta), se mantuvo la misma posición, en el marco del Programa Nacional de Desempeño y Estándares de Salud Pública (NPHPS), que se concentró en el desarrollo de instrumentos e indicadores para evaluar las funciones esenciales de Salud Pública, que ellos llamaron Diez Servicios Esenciales de Salud Pública (Hernández Álvarez et al., 2002).

En noviembre de 1998, la OPS convocó a la Segunda Conferencia Panamericana de Educación en Salud Pública, cuyo tema fue “reforma sectorial y funciones esenciales de la Salud Pública; desafío para el desarrollo de recurso humanos”. Llevada a cabo en Ciudad de México, sus resultados sirvieron para aportar a una definición de las FESP desde una perspectiva regional. Según Hernández y colaboradores,

[...] la conferencia se inscribió entre las acciones definidas en el marco de la iniciativa “la salud pública en las Américas” impulsada por la oficina bajo la dirección de Sir George Alleyne. En la justificación se observa intención de la OPS de recuperar su liderazgo en un terreno que le era propio y que venía siendo descuidado por los procesos de reforma sectorial. (Hernández Álvarez et al., 2002: 369)

Así, la OPS se concentró en la elaboración de una síntesis de los planteamientos de la OMS, el programa NPHSP del CDC y los aportes latinoamericanos para poner en marcha un proyecto de impulso a la Salud Pública en las Américas, “por medio de la medición y el fortalecimiento de las FESP en todos los países de la región”. Las funciones establecidas para dicho proyecto fueron las siguientes:

- Monitoreo y análisis de la situación de salud de la población.
- Vigilancia de salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública.
- Promoción de la salud.
- Participación social y refuerzo del poder (*empowerment*) de los ciudadanos en salud.
- Desarrollo de políticas, planes y capacidad de gestión que apoyan los esfuerzos en salud pública y contribuyan a la rectoría sanitaria nacional.
- Regulación y fiscalización en salud pública.
- Evaluación y promoción del acceso equitativo de la población a los servicios de salud necesarios.
- Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública.
- Garantía de calidad de los servicios de salud individuales y colectivos.
- Investigación, desarrollo e implementación de soluciones innovadoras en salud pública.
- Reducción del impacto de emergencias y desastres en salud¹⁸.

A diferencia de las otras propuestas, en esta quedaron incluidos los servicios individuales como una función de la Salud Pública. No obstante, estos solo se tienen en cuenta desde la perspectiva de la “‘promoción y evaluación del acceso equitativo’ de la población a ellos y desde la ‘evaluación y garantía de la calidad’ de los mismos”. Se reconocía, entonces, siguiendo la tradición del modelo norteamericano y del de la OMS, que “los aspectos de la organización de los sistemas de salud correspondían a otra instancia diferente a la encargada de la salud pública”. Así, la OPS recuperaría “su liderazgo a través del fortalecimiento de la ‘función rectora de la autoridad sanitaria’”. Como consecuencia, el financiamiento de los servicios individuales sería fundamentalmente privado y la función rectora se concentraría en la evaluación y formulación de políticas. De esta manera, “la definición del financiamiento quedaría en manos de los economistas de organismos

¹⁸ Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud (OPS-OMS) (2000). Funciones esenciales de la salud pública. www.paho.org/spanish/gov/cd/cd42_15-s.pdf

internacionales como el Banco Mundial o de instancias de gobierno [...] encargadas de las finanzas públicas y del aseguramiento”. El proyecto de las FESP fue aprobado por el Comité Ejecutivo de la OPS el 29 de junio del 2000 (Hernández Álvarez et al., 2002: 370-371).

Primera visita de acreditación del Programa de Medicina¹⁹

Como parte del proceso de acreditación de la Facultad de Medicina, la Universidad preparó y presentó un documento de autoevaluación ante el Consejo Nacional de Acreditación (CNA) con ese fin. Para coordinar este proceso, la Universidad sugirió la figura de una coordinación, para la cual fue designada Sandra Belalcázar Rey, médica y oftalmóloga rosarista, especializada en glaucoma del Hospital Militar Central de Bogotá. El CNA designó como pares académicos al internista nefrólogo Jaime Borrero, decano de la Facultad de Medicina de la Universidad Surcolombiana; a Alberto Pradilla, del Instituto de Investigaciones Médicas de la Universidad del Valle; y, a Álvaro Alegría, profesor de la Facultad de Medicina de la Universidad del Valle. La visita se produjo entre el 16 y el 18 de febrero de 2000²⁰.

En la sesión del Consejo Académico de la Facultad del 16 de febrero de ese año, con la cual se inició dicha vista, el rector Guillermo Salah Zuleta explicó a los pares comisionados que la Universidad, de acuerdo con el modelo señalado por el fundador y reflejado en las Constituciones del Colegio, era gobernada por los Colegiales de Número, quienes tenían como principal responsabilidad la elección de las autoridades que regían la vida universitaria.

Por su parte, el decano Pastrana Arango les dio una visión general de la misión del médico rosarista que reflejaba de manera muy clara lo que las directivas de la institución consideraban que debería ser el perfil del egresado, y que dejaba ver el cambio que la Facultad venía teniendo desde las épocas de su reapertura hasta ese momento. Según el Acta de esa reunión:

¹⁹ Vale la pena aclarar que no tuvimos acceso al Informe de Evaluación con fines de Acreditación del Programa de Medicina correspondiente a esta primera visita, por lo que nos basamos en la información aportada en las actas del Consejo Académico del momento.

²⁰ Acta de la sesión extraordinaria del Consejo Académico del 16 de febrero de 2000: 1.

El Doctor Pastrana explica que el Perfil del Médico Rosarista está encaminado hacia la formación en tercer y cuarto nivel de tecnología sin descuidar la formación básica en niveles uno y dos. La Facultad de Medicina se ha distinguido por su vocación hacia la especialización. Dentro de este contexto se han realizado modificaciones, como el proyecto de formación transcurricular y la división operativa de la Facultad en tres áreas: Ciencias Básicas, Ciencias Clínicas y [Ciencias] Quirúrgicas, como mecanismo para apoyar esta tendencia y facilitar la excelencia en cada una de ellas. Explica también, dentro del proceso de redimensionamiento académico el fortalecimiento de la infraestructura necesaria para realizar investigación, dentro de lo cual se encuentra el convenio con el Instituto Nacional de Salud, recientemente firmado. Finalmente, señala que, aunque la Facultad se encuentra direccionada hacia una formación de alta tecnología, esto no la aparta de la estructura del país ni de las necesidades de proyección social. Explica también, la importancia de la autoevaluación en la nueva definición de metas y en la estructuración de proyectos de mejoramiento²¹.

Por su parte, el profesor Ciro Casadiego explicó a los pares comisionados la flexibilización del currículo a partir del año de internado y la posibilidad de hacer internados no convencionales. Les planteó que en el Instituto de Ciencias Básicas articulaba la integración tanto longitudinal como transversal del saber en cada una de las áreas del conocimiento y que era así como interactuaban los Departamentos de Fisiología, Morfología y Genética. Pero que, además, dicho Instituto prestaba soporte académico para las otras Facultades de la Escuela de Ciencias de la Salud y lideraba el curso de Premédico²².

El resultado de la evaluación fue favorable y, con base en el informe que los pares enviaron al Ministerio de Educación, dicho Ministerio, mediante de la Resolución n.º 1567 del 8 de junio de 2000, le otorgó al Programa de Medicina la acreditación por un período de tres años. Dentro de

²¹ Acta de la sesión extraordinaria del Consejo Académico del 16 de febrero de 2000: 3.

²² Acta de la sesión extraordinaria del Consejo Académico del 16 de febrero de 2000: 3.

las recomendaciones, la Comisión hizo énfasis en el fortalecimiento de la investigación y de la Salud Pública.

La razón por la cual se otorgó acreditación por el período más corto contemplado por el CNA en ese entonces (tres años) fue porque, a juicio de los pares académicos, la Universidad estaba presentando un programa nuevo, producto de la salida del Hospital de San José por la finalización del convenio para pregrado.

Continúa la reestructuración de la Facultad

Con base en estas recomendaciones, se continúa la reestructuración de la Facultad. En Acta del 23 de mayo de 2000, el Consejo Directivo nombró como secretaria académica a Mónica Lizarralde Lara, médica rosarista, formada en Medicina Estética en São Paulo y en París²³, en reemplazo de Ángela María Ruiz Sternberg. Así mismo, el Consejo estableció los cinco departamentos de los que constaría la Facultad:

1. Ciencias Básicas, dirigido por Ciro Casadiego Torrado.
2. Ciencias Clínicas, dirigido por Alberto Vélez van Meerbeke.
3. Departamento Quirúrgico, dirigido por Rafael Riveros Dueñas²⁴.
4. Ginecología y Obstetricia²⁵, dirigido por Ángela María Ruiz Sternberg, quien venía de ser secretaria académica²⁶. Y,
5. Salud Pública²⁷, dirigido por Catalina Latorre Santos²⁸.

Como puede verse, en esta reunión se crearon dos nuevos departamentos: el de Ginecología y Obstetricia y el de Salud Pública. Alberto Vélez,

²³ Sus títulos como especialista en este campo fueron convalidados por la Universidad una vez se obtuvo el registro calificado para la especialidad.

²⁴ El profesor Riveros fue confirmado definitivamente en ese cargo en la Reunión del Consejo Académico del 23 de mayo de 2000. Acta n.º 40 del 23 de mayo de 2000: 2.

²⁵ En 2001, dicho departamento modificó su denominación a la de Ciencias Reproductivas y, posteriormente, a Ciencias de la Reproducción. Acta n.º 47 del Consejo Académico del 20 de febrero de 2001: 1.

²⁶ Acta n.º 39 del Consejo Académico del 23 de mayo de 2000: 2.

²⁷ Más tarde, en 2001, su denominación fue cambiada por Departamento de Salud Pública y Gerencia en Salud. Acta n.º 47 del Consejo Académico del 20 de febrero de 2001: 1.

²⁸ Acta n.º 40 del Consejo Académico del 23 de mayo de 2000: 5.

director del Departamento de Ciencias Clínicas, planteó la necesidad de crear un Departamento de Salud Pública y Gestión en Salud, justificándolo en los cambios que se habían dado en la medicina actual, los cuales enfatizaban en la necesidad de crear programas de prevención y promoción de la salud, y en el interés que tenía la Universidad de afianzar sus proyectos sociales y de trabajo comunitario. Él mencionó que en la Facultad existían ya algunos antecedentes al respecto, como el inicio de los trabajos de proyección comunitaria en 1990, la creación de la Cátedra de Gerencia en Salud en 1993 y la creación del Departamento de Medicina Preventiva en 1994. A raíz de estas reformas, se le había dado un enfoque transcurricular a estas materias, pero no existía una verdadera coordinación entre las diferentes asignaturas y los proyectos que se realizaban. Sin embargo, se concentró la atención en la prevención y promoción de la salud y en el mantenimiento del aspecto transcurricular de las materias de salud pública, como se ya había puesto progresivamente en marcha en 1990, con el curso de Proyección Comunitaria, en 1993 con el de Gerencia en Salud; y en 1994 con el curso de Medicina Preventiva.

Desde 1996, cuando se terminó el convenio con la UPA 92 de Patio Bonito, el Departamento de Medicina Preventiva había buscado otras actividades para que los estudiantes de décimo semestre pudieran realizar sus prácticas con el enfoque de salud comunitaria y APOC. Una de estas fue la de Municipios Saludables, en la cual diez estudiantes iban a Nocaima junto con el profesor Ricardo Alvarado, para atender a la comunidad. También realizaron trabajo en escuelas de la localidad de Kennedy, con el apoyo de Carolina Enríquez, y en instituciones de la localidad de Suba (Latorre Santos, 2018-2020).

Teniendo en cuenta estos antecedentes, Vélez insistió entonces que con la creación del Departamento se afirmaría esta estructura transcurricular y se impulsarían las propuestas de apertura de especializaciones de posgrado. El Consejo Académico sugirió y nombró a la profesora Catalina Latorre como jefe de este Departamento.

Como parte de la reorganización y tal como lo había planeado el decano, estos nuevos Jefes de Departamento tuvieron que asumir la responsabilidad de coordinar los semestres que correspondían a cada uno de los

Departamentos y los posgrados a su cargo, siendo presentados y aprobados por el Consejo Académico, así:

Rafael Riveros, consiliario y jefe del Departamento Quirúrgico, reorganizó el octavo semestre con base a cinco centros de práctica con los que la Facultad tenía convenios en el momento: el Hospital de Kennedy, la Fundación Cardioinfantil, el Hospital Universitario La Samaritana, el Hospital Universitario Clínica San Rafael y la Fundación Oftalmológica Nacional-FUNDONAL²⁹. Ángela María Ruiz Sternberg, jefe del Departamento de Ginecología y Obstetricia, propuso la reorganización de noveno semestre en tres campos de práctica, dos para ginecología y obstetricia (Hospital de Kennedy y el Hospital Universitario Clínica San Rafael) y uno para urología (Hospital Universitario La Samaritana), pero teniendo como base la Quinta de Mutis³⁰.

Por su parte, el Departamento de Salud Mental, dirigido por Rodrigo Nel Córdoba Rojas y que para ese momento dependía del de Ciencias Clínicas, continuó funcionando de la misma forma como lo venía haciendo, teniendo como sede el Hospital Occidente de Kennedy y respondiendo por la formación de los alumnos de pregrado en este campo, también de forma transcurricular: en el tercer semestre se enseñaba la Psicología; en el quinto semestre se impartía la Semiología Psiquiátrica; en el séptimo semestre se dictaba la Psiquiatría Infantil; en el noveno semestre se veía la Psicopatología Médica y, en el décimo, se aprendía la Psiquiatría. El Departamento continuó ofertando el programa de Especialización en Psiquiatría que siempre había gozado de un merecido prestigio nacional e internacional³¹ (Palacios Sánchez, 2017-2019). Jaime Enrique Ruiz quedó encargado de la Oficina de Investigación y Felipe Arbeláez fungió como Secretario Académico (Ruiz Sternberg, 2018).

²⁹ Acta n.º 40 del Consejo Académico del 23 de mayo de 2000: 2-3.

³⁰ Acta n.º 40 del Consejo Académico del 23 de mayo de 2000: 3-4.

³¹ Acta n.º 35 del Consejo Académico de 14 de diciembre de 1999: 5.

La saga por un nuevo hospital continúa

Desde el divorcio con la Sociedad de Cirugía de Bogotá, la búsqueda de un hospital propio, o al menos con exclusividad para la Facultad de Medicina, se convirtió en un proyecto prioritario. Fueron dos los elementos que el rector Guillermo Salah Zuleta tuvo en mente cuando designó como nuevo decano de la Facultad de Medicina a Jaime Pastrana Arango: que sacara adelante a la Facultad con un nuevo enfoque curricular y que, en lo posible, esta pudiera llegar a contar con un hospital propio (Isaza Restrepo, 2015). De esta manera, durante la decanatura de Pastrana Arango y con la colaboración de sus directores de departamento, equipo académico que se autodenominaba “El Boca”³² (Ruiz Sternberg, 2018), se inició la ampliación de los campos de práctica para llenar el vacío que dejaron la ausencia del Hospital de San José y el cierre del Hospital Infantil Lorencita Villegas de Santos en 1999 (Gómez Córdoba, 2019-2020).

Como un primer paso para lograr un sitio de prácticas estable que permitiera reemplazar al Hospital de San José, en febrero de 2000 se amplió el Convenio con el Hospital Universitario Clínica San Rafael, como se menciona en el Acta de la reunión del Consejo Académico del 29 de febrero de 2000³³. El siguiente paso fue la progresiva constitución de una red de atención y docencia que años después, en el 2005, comenzaría a conocerse como “Radar” o Red Académica Docente-Asistencial del Rosario, y que en principio incluía aquellas instituciones hospitalarias y clínicas con las que la Facultad de Medicina había firmado convenios docente-asistenciales³⁴. Entre estos se encontraban los que ya hemos mencionado previamente: la Fundación Cardioinfantil – Instituto de Cardiología, la Red de Servicios de Salud de Colsubsidio, el Hospital Occidente de Kennedy, el Hospital Universitario Clínica San Rafael (FUNDONAL) y el Hospital Universitario de la Samaritana (Palacios Sánchez, 2015; Revista del Rosario, 2011: 16;

³² Con este nombre, relacionado con el fútbol, deporte del cual todos eran fanáticos, el grupo de directores de departamento y el decano quisieron significar un equipo de alta calidad compuesto por jóvenes como el Boca Juniors, equipo de fútbol argentino.

³³ Acta n.º 37 del Consejo Académico del 29 de febrero de 2000: 2.

³⁴ Es importante resaltar que en las transiciones ocurridas después de finalizado el convenio con la Sociedad de Cirugía y el Hospital de San José, estos contactos y convenios fueron una luz en el camino para poder darle continuidad a la Facultad.

Ruiz Sternberg, 2018). Estos centros hospitalarios fueron vitales para la consolidación de la Facultad y de su crecimiento.

Estos acuerdos estuvieron marcados por el buen nombre que habían dejado los estudiantes del Rosario a su paso por dichas instituciones y por la presencia de varios graduados como directivos y empleados en ellas. Pero también por la recursividad de las directivas de la Facultad para garantizar la permanencia de los docentes después de la separación. Esto se logró con el nombramiento como profesores de la Facultad por méritos académicos previamente denominados *ad honorem*, a aquellos médicos que trabajaban como empleados de esas instituciones que contribuían a la formación de los estudiantes. Esto permitió el fortalecimiento de las redes en diferentes hospitales y el tránsito de estudiantes de pre y posgrado por esas instituciones (Isaza Restrepo, 2015).

En 2000, se inició un proyecto con la Clínica Santa Rosa de Lima. Se visitaron las instalaciones y, luego de un concepto de ingeniería, se observó que existían dificultades estructurales con las salas de cirugía e inundaciones frecuentes en el parqueadero por el nivel freático, así que, de nuevo, se descartó el proyecto (Palacios Sánchez, 2017-2019).

Paso seguido, se iniciaron trámites y gestiones para un convenio con el Instituto Colombiano de Seguros Sociales con el fin de utilizar una clínica que pertenecía a dicho Instituto, ubicada en el sector de Barrios Unidos, como posible hospital universitario. Esta clínica había recibido el Premio Nacional de Arquitectura, pero no se había podido abrir al público por falta de recursos económicos. Esta institución tenía anexo, un centro de consulta especializada denominado Hernando Zuleta Holguín.

Según el decano Pastrana:

Era una clínica divina. Delante estaba el Infantil, detrás de este el parqueadero y, detrás de ambos, una clínica nuevecita, pero cerrada desde hacía diez años. Y yo empecé a insistir y a insistir en el Seguro Social, a Jaime Arias [su director]. Y, tanto fregué, que le pusieron el nombre de

Clínica Misael Pastrana Borrero³⁵, y nos la tomamos nosotros. (Pastrana Arango, 2016b: 14)

El Seguro Social estableció un convenio de exclusividad con la Facultad de Medicina del Rosario. Como primera gerente se nombró a Ana Isabel Gómez Córdoba³⁶, en 2001. Igualmente se nombró a Juan Mauricio Pardo Oviedo para ocupar el cargo de jefe del servicio de Medicina Interna, quien posteriormente fue nombrado como jefe de Educación Médica³⁷, a partir de 2002. La institución, de segundo nivel de complejidad, contaba en ese entonces con 96 camas, incluyendo las de observación de urgencias. La Universidad realizó una remodelación del cuarto piso en donde se adecuaron dormitorios, baños, una sala de bienestar para los estudiantes de turno, la biblioteca y la oficina del Jefe de Educación Médica y también se reorganizó el centro de consulta especializada, para que los estudiantes pudieran utilizarlo como espacio de práctica (Gómez Córdoba, 2019-2020; Pastrana Arango, 2016a; Universidad del Rosario. Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, 2003).

La gerente y las directivas de la Facultad elaboraron un proyecto para comprar y privatizar esa clínica, junto con la Clínica Carlos Lleras, y construir una zona para atención terciaria para poner en marcha allí un Hospital Universitario³⁸.

Simultáneamente, durante ese tiempo surgió un nuevo proyecto que fue el del Hospital Infantil, ya bajo la rectoría de Rafael Riveros (sept. 2001-Oct. 2002). Este Hospital se había cerrado en 1999 y se había puesto en venta. Como ya se dijo atrás, estaba muy cercano a la Clínica Misael Pastrana Borrero. La idea era construir allí un complejo hospitalario al estilo

³⁵ Misael Pastrana Borrero era el padre del decano Jaime Pastrana Arango y del presidente de la República de ese momento, Andrés Pastrana Arango.

³⁶ Ana Isabel Gómez Córdoba se había graduado en Medicina en la Universidad del Rosario, en 1989, y en Pediatría, en la misma Universidad, en 1994. Había realizado también una especialización en Gerencia en Salud, en la misma Universidad, entre 1996 y 1998.

³⁷ Juan Mauricio Pardo Oviedo había recibido su grado de Médico en la Universidad del Rosario, en 1995 y acababa de recibir (2000) el grado como médico internista, de esa misma Universidad.

³⁸ Presentación de PowerPoint amablemente cedida por Ana Isabel Gómez.

norteamericano que incluyera un hospital universitario para la enseñanza, una torre docente, una zona de consultorios privados y una clínica privada para que los docentes pudieran alternar allí la docencia con la atención de sus pacientes particulares.

Según el decano Pastrana:

Detrás del Hospital [Infantil] había un punto redondo, una torre nueva que iba a ser el edificio de las Facultades de Salud y, atrás, la Clínica Misael Pastrana Borrero. Se pensaba construir un Hospital al estilo de los hospitales gringos para llevar a los profesores y que pudieran dictar las clases y tener allí sus alumnos, pero también su propio consultorio y la Clínica para hospitalizar a sus pacientes. La idea era que el profesor estuviera allí 24 horas. (Pastrana Arango, 2016b: 14)

Sin embargo, este proyecto tampoco prosperó, ya que los conceptos jurídicos señalaban que, en el momento del cierre del Hospital (1999), un significativo número de empleados no habían recibido la liquidación en forma adecuada y que podría generarse una dificultad por sustitución patronal, haciendo inviable una inversión en él (Palacios Sánchez, 2017-2019). Pero, por otra parte, el concepto técnico de los arquitectos dejó en claro que la única parte del Hospital que tenía reforzamiento sísmico resistente era la Central de Urgencias y que saldría muy costoso hacer el reforzamiento completo de todo el Hospital (Gómez Córdoba, 2019-2020).

Un poco después, en 2003, la Universidad Nacional de Colombia reclamó su derecho a utilizar la Clínica Misael Pastrana Borrero, por ser esta un bien público. El gobierno autorizó la llegada de estudiantes de esa Universidad a la Clínica, los cuales comenzaron a compartir los espacios físicos que la Universidad del Rosario había remodelado y construido para su propio uso. En estas condiciones, el Rosario decidió retirarse de la Clínica a finales de 2003 y el proyecto de Hospital Universitario se volvió a hundir.

El Estatuto del Profesor Universitario

A inicios del año 2000 la Universidad tomó la decisión de poner en marcha un Estatuto del Profesor Universitario que marcaría una diferencia muy importante en relación con la labor docente. Para ese entonces, los docentes de

la Universidad eran contratados como profesores de planta y no existía un escalafón docente. El nuevo Estatuto creó la figura del “profesor de carrera académica” que, como su nombre lo indica, se trataba de un docente que vería en la institución universitaria un proyecto de vida en el que, además de un salario digno y de los más altos del país, tendría la posibilidad, a través de diferentes incentivos por investigación y consultorías, dedicar tiempo completo y exclusividad académica a la institución. Dicho Estatuto se aprobó por el Decreto Rectoral n.º 660 del 25 de septiembre de 2000³⁹. Desde ese entonces y hasta la fecha, ha tenido mínimas modificaciones y constituye, sin duda, uno de los grandes avances en términos de contar con un grupo de excelentes profesores, altamente comprometidos con la Universidad.

Desarrollo de la investigación y creación del Comité de Ética en Investigación

Acogiendo las recomendaciones de los pares académicos que visitaron a la Facultad durante el proceso de su primera acreditación, entre las cuales se incluía el fomento a la investigación, en concordancia con el nuevo Estatuto Profesorado y acogiendo la política de creación y apoyo de los grupos de investigación que, como dijimos, venía siendo impulsada por COLCIENCIAS desde el año de 1991, la Universidad tomó la decisión de migrar desde “una Universidad de docencia a una Universidad de docencia que hace investigación”.

Así, se inició entonces el estímulo para la creación de nuevos grupos y su reconocimiento progresivo de parte de la Facultad. Con el liderazgo del decano, de los directores de la Oficina de Investigación de la Facultad, Jaime Enrique Ruiz Sternberg y John Duperly Sánchez, y con los jefes de Departamento de la Facultad, y en el contexto de esta intención institucional por tener grupos de investigación en la universidad, se inició una reflexión de cómo se podrían organizar los grupos de investigación y qué experiencia había ya en este campo en la Universidad. A partir de estas reflexiones, se propuso la creación de los primeros cuatro grupos, pensando en la estrategia de potenciar la experiencia y la producción de cada uno. Estos fueron: el de Investigación Clínica (2000), dirigido por Ángela María Ruiz Sternberg; el

³⁹ Decreto Rectoral 660 del 25 de septiembre de 2000.

de Neurociencias (2000), dirigido por Carlos Moreno Benavides; el de Educación Médica y Ciencias de la salud (2000), dirigido por Leonardo Palacios Sánchez; y el de Salud Pública (2001), dirigido por Catalina Latorre Santos. Los cuatro grupos tuvieron visibilidad pública en 2002, cuando se incluyeron en el *software* de CvLac y GrupLac de COLCIENCIAS. Así mismo, de la mano de los desarrollos en los grupos de investigación y para su fortalecimiento, en el 2003, la Universidad financió una especialización en Epidemiología en la Universidad CES de Medellín a los docentes Alberto Vélez, Ángela Ruiz, Jaime Enrique Ruiz, Ángela Espinosa, Carolina Enríquez, Catalina Latorre y Jhonny Beltrán, varios de los cuales eran los directores de estos grupos (Latorre Santos, 2018-2020).

Inicialmente, estos directores de los grupos eran, así mismo, investigadores transversales en otros, lo que permitió fortalecer mucho el trabajo y la producción de ellos. No obstante, posteriormente, se acordó que, en vez de pertenecer a varios grupos, los investigadores podrían trabajar de manera colaborativa entre grupos (Latorre Santos, 2018-2020).

Grupo de Investigación en Educación Médica

El Grupo de Investigación en Educación Médica partió de la experiencia que habían tenido Catalina Latorre y sus colaboradores, con la realización de una asesoría a la Secretaría de Salud, experiencia que fue presentada posteriormente en el artículo “Evaluación de un programa de educación médica para el mejoramiento de la calidad de la atención clínica de los médicos generales de la red de prestadores de servicio de primero y segundo nivel de atención del suroccidente del Distrito Capital”.

El Grupo nació en 2000, a partir de la necesidad de reflexionar sobre el quehacer propio de la educación médica. El primer líder del grupo fue Leonardo Palacios Sánchez, quien, al asumir la decanatura en propiedad, en 2002, tuvo que retirarse de este cargo, el cual fue asumido por Andrés Isaza Restrepo. Inicialmente los miembros del grupo fueron: Ana Isabel Gómez, Andrés Espinosa Bode (médico y especialista en epidemiología de la Universidad del Rosario), John Duperly, Felipe Lobelo Villamizar, Ángela Ruiz, Catalina Latorre, Alberto Vélez, Mónica Lizarralde, Jaime Enrique

Ruiz y Rafael Riveros Dueñas⁴⁰. La misión y propósito iniciales del grupo fueron investigar para asesorar, dar a conocer, apoyar, innovar y hacer propuestas en todos los procesos de educación médica en correspondencia con la misión de la Facultad de Medicina que, en ese momento, era “Docencia y excelencia centrada en la persona”⁴¹.

Las primeras líneas de investigación fueron: Fundamentos para la estructuración de un currículo para la educación de pregrado de la Facultad de Medicina; Procesos Académicos; Línea de educación electrónica estructurada – E3; y Bioética y Bioderecho (Gómez Córdoba, 2019-2020; Isaza Restrepo, 2018-2020).

Grupo de Investigación Clínica

El Grupo de Investigación Clínica fue creado en el 2000, por iniciativa de Jaime Enrique Ruiz, Alberto Vélez, y Ángela María Ruiz, entonces miembros del equipo directivo de la Facultad de Medicina, que combinaban su actividad con el ejercicio clínico de su profesión. El objetivo del grupo era la realización, apoyo, coordinación y seguimiento de proyectos de investigación orientados al estudio de las enfermedades y al manejo de pacientes.

El primer director fue Jaime Enrique Ruiz Sternberg, seguido, desde el año 2009, por Ángela María Ruiz. En sus comienzos el grupo definió tres líneas de investigación: evaluación de medicamentos e intervenciones, liderada por Jaime Enrique Ruiz; salud sexual y reproductiva, liderada por Ángela María Ruiz; y, ejercicio físico para la salud, liderada por John Duperly.

A partir de la consolidación de esas tres líneas, el grupo ganó reconocimiento en el ámbito de la Investigación Clínica y a él se aproximaron actores del sector académico y de la industria farmacéutica, en un momento en que la participación de Colombia en ensayos clínicos financiados por la industria, para la evaluación de medicamentos y dispositivos médicos en

⁴⁰ La formación y los cargos de estos investigadores miembros del Grupo ya han sido mencionados, cuando han aparecido por primera vez en este libro.

⁴¹ Varios de los integrantes de este Grupo serían parte del equipo que lideró la reforma que inició en 2005, especialmente Ana Isabel Gómez Córdoba, Andrés Isaza Restrepo, Catalina Latorre Santos y Leonardo Palacios Sánchez.

desarrollo, era incipiente. Esto le permitió poner en marcha estudios clínicos articulados a la industria farmacéutica.

En ese contexto, el grupo ha participado en la formación en Investigación Clínica, Epidemiología Clínica y Medicina Basada en la Evidencia de los estudiantes de pregrado, de los estudiantes de posgrado en epidemiología y de los residentes de las diferentes especializaciones médico-quirúrgicas de la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud (Ruiz Sternberg, 2018-2020).

Grupo de Investigación en Neurociencias (NEUROS)

El Grupo de Investigación en Neurociencias (NEUROS) se constituyó el 6 de abril de 2000, a partir del interés de profesores de la Facultad de Medicina relacionados con el área de neurociencias. Se concibió como un grupo interdisciplinario interesado en fomentar el estudio, la investigación y el análisis de los problemas en el campo de las Neurociencias, tanto básicas como clínicas, con énfasis en las necesidades del país, mediante el desarrollo de actividades de docencia y extensión a la comunidad. Fue reconocido formalmente por COLCIENCIAS en 2003 (Grupo de Neurociencias Universidad del Rosario, 2000a; Grupo de Neurociencias Universidad del Rosario, 2000b).

Los objetivos específicos fueron: colaborar en la docencia de Neurociencias de la Universidad, desarrollar la investigación en Neurociencias, fomentar el estudio y análisis de los problemas relacionados, proponer, diseñar y llevar a cabo cursos de posgrado y extensión sobre temas en el área, gestionar la formación de recursos humanos calificados en Neurociencias, establecer relaciones con otros grupos de investigación de la Facultad y de la Universidad.

Los miembros fundadores fueron: Carlos Moreno Benavides, médico de la Universidad Nacional, con Maestría en Educación de la Universidad Pedagógica; Claudia Talero Gutiérrez, médica rosarista, foniatra del Hospital San José de Bogotá; Alberto Vélez van Meerbeke, y Leonardo Palacios Sánchez (Grupo de Neurociencias Universidad del Rosario, 2000a; Grupo de Neurociencias Universidad del Rosario, 2000b).

Su primer director fue Carlos Moreno Benavides y su codirector Alberto Vélez van Meerbeke, quien asumió la dirección del grupo a partir 2005 y continúa al frente de este (Vélez van Meerbeke, 2020). Las primeras líneas de investigación fueron epilepsia, Neurociencias cognitiva y dolor.

Posteriormente se vincularon John Jairo Hernández Castro, Médico y Neurocirujano rosarista y Ángela María Gutiérrez Álvarez, médica, especialista en Neurología y Magíster en Epidemiología Clínica de la Pontificia Universidad Javeriana (Palacios Sánchez, 2017-2019; Vélez van Meerbeke, 2020).

En esos primeros años, la mayoría de los proyectos fueron de índole clínico y epidemiológico, financiados por la Universidad del Rosario y el Banco de la República, entre otros, que fueron galardonados con premios importantes como el Alejandro Ángel Escobar o la Bienal de Colsubsidio (Vélez van Meerbeke, 2020).

Grupo de Investigación en Salud Pública

El Grupo de Investigación en Salud Pública, en cabeza de Catalina Latorre, se creó en 2000, siguiendo estas directrices institucionales y buscando aprovechar la amplia trayectoria que el Departamento de Salud Pública tenía en intervenciones en salud comunitaria. Se trataba de que estos proyectos e intervenciones fueran validados como proyectos de un grupo de investigación. No obstante, tomó tiempo para que el grupo completara los requerimientos de COLCIENCIAS. Este se constituyó como la misma unidad administrativa que el Departamento y con todos sus miembros. Así, los integrantes eran: Leonardo Briceño Ayala, Carolina Enríquez Guerrero, Carlos Trillos Peña, Sandra Roca Garavito, Carlos Iván Pacheco, Catalina Latorre, Isabel Pérez Olmos y Ángela María Pinzón Rondón (Latorre Santos, 2018-2020).

Inicialmente el Grupo contó con cuatro líneas de investigación creadas de acuerdo con las investigaciones y trabajos que se estaban realizando en el Departamento y que eran el fuerte de los docentes en ese momento: Salud y Trabajo, dirigida por Leonardo Briceño; Salud Sexual y Reproductiva, dirigida por Catalina Latorre; Políticas y Gestión en Salud, dirigida también por Catalina Latorre; y Violencia y Salud Mental, dirigida por Ángela Pinzón, que incluía los trabajos en conjunto con la psiquiatra Isabel Pérez (Latorre Santos, 2018-2020).

Este Grupo ha tenido un trabajo importante en la creación de programas de posgrado desde sus líneas de investigación, anclados los productos de cada una de ellas. Entre estos se encuentran la Maestría en Epidemiología, la Maestría en Salud Ocupacional y la Maestría en Salud Pública. Así mismo,

este grupo ha servido como puerta de entrada para personas que, al llegar a la Universidad, requerían una vinculación para comenzar a desarrollar sus proyectos de investigación (Latorre Santos, 2018-2020).

Uno de los primeros proyectos importantes realizados en este grupo fue un proyecto de la línea de salud sexual y reproductiva resultante en diferentes publicaciones, incluyendo el libro *El carnaval de los desencuentros. La construcción de los derechos humanos, sexuales y reproductivos en adolescentes* del 2007 (Latorre Santos, 2018-2020).

Línea Institucional de Investigación “Historia de la Universidad del Rosario”

Simultáneamente, durante la rectoría de Guillermo Salah Zuleta, la Consiliatura creó la Línea Institucional de Investigación “Historia de la Universidad del Rosario”, en el año 2000, “con ocasión del advenimiento de la fecha conmemorativa de sus trescientos cincuenta años de la fundación de la Universidad. Dicha línea, tenía el propósito de desarrollar una agenda investigativa para reconstruir la historia completa de [...] la Universidad [...], por secuencias cronológicas, prevista para varios años”. Esta línea planteó integrar sus resultados de investigación temáticamente en la colección de “Cuadernos para la Historia del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario”. Esta línea fue coordinada por el profesor Ovidio Oundjian y estuvo afiliada al Centro de Investigaciones, Estudios y Consultorías (CIEC) de la Universidad. En el caso de la Facultad de Medicina, esta línea ha publicado tres libros: el primero, en el 2002, titulado *Historia de la Cátedra de Medicina en el Colegio Mayor del Rosario durante la Colonia y la República 1653-1865*, escrito por Emilio Quevedo V. y Camilo Duque N. (Quevedo V. & Duque N., 2002); el segundo, en el 2003, titulado *Historia de la Cátedra de Medicina durante el período republicano 1839-1867*, escrito por Camilo Duque N. (Duque Naranjo, 2003); y el tercero, en el 2009, titulado *De la restauración de los estudios de medicina en el Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario 1965-1969*, escrito por Emilio Quevedo V. y Juliana Pérez G. (Quevedo V. & Pérez G., 2009).

El Comité de Ética de la Facultad de Medicina

De la mano de este desarrollo de los grupos de investigación, aún bajo la decanatura Jaime Pastrana, se creó el Comité de Ética en Investigación de

la Facultad de Medicina. El comité realizó la redacción de sus guías operativas con la participación de los siguientes miembros: Alberto Vélez, Ovidio Oundjian Besnard, Belén Samper Kutschbach, Javier Suárez, Ángela María Ruiz, Catalina Latorre, Claudia Natali Roa, Adriana Parra, Isabel Pérez Olmos y Angela María Pinzón Rondón. Estas guías fueron aprobadas por la decanatura en 2002 (Dirección de Investigación e Innovación, 2018: 5).

Este Comité desempeñó un papel muy importante en el desarrollo de la investigación en la Escuela e incluso en la Universidad, pues comenzó a establecer unas pautas para las buenas prácticas de investigación, especialmente en salud. Durante años, este fue el único comité de este tipo en la Institución.

Posteriormente en 2008, se realizó una actualización de acuerdo con la reglamentación de la Resolución 2378 de 2008 y se crearon las respectivas guías operativas. Este trabajo fue realizado por los miembros activos del Comité: Alberto Vélez, Ricardo Alvarado, Ovidio Oundjian, Martha Rocío Torres Narváez, Patricia Granada Acosta, Ximena Palacios Espinosa, Pablo Emilio Moreno Martín, Carlos Alberto Calderón Ospina, Claudia Marcela Rozo Reyes, Gina Melissa Guzmán Ramírez y Sergio Amaya (Dirección de Investigación e Innovación, 2018: 5).

Este organismo fue presidido por Alberto Vélez van Meerbeke a partir de su creación y hasta 2012 (Vélez van Meerbeke, 2018), año en que fue sucedido por Ramón Fayad Naffah, quien lo presidió hasta septiembre de 2015. A su retiro, estuvo como presidente encargado Ricardo Alvarado⁴², hasta enero de 2017, cuando el Comité inició un proceso para quedar integrado a una nueva estructura, como veremos más adelante (Alvarado, 2020; Fayad Naffah, 2020).

Nuevos desarrollos del Departamento de Salud Pública

Entre el año 2000 y el 2002, el ahora ratificado como Departamento de Salud Pública y bajo la dirección de Catalina Latorre, inició nuevas actividades tanto para ampliar las prácticas docentes como para darle visibilidad en el ámbito de la salud pública nacional. Desde el punto de vista docente, la profesora Latorre entró en contacto con Susana Ferguson, una de las

⁴² Alvarado había sido el secretario del Comité desde febrero de 2004 hasta septiembre de 2013.

hijas del ya fallecido Guillermo Fergusson, para que algunos estudiantes tuvieran la oportunidad de participar en las actividades de la Fundación Procrear, trabajando con población LGTBI y trabajadoras sexuales. A estas prácticas se unió la profesora Ivette Cárdenas Jaramillo, médica formada en la Universidad Javeriana, y quien estaba recién llegada de Francia, donde había hecho una Maestría en Psicoanálisis en la Universidad de París VIII. Ella ayudó a montar las prácticas y acompañaba a los estudiantes durante esa rotación. Este trabajo dio como resultado la publicación de un periódico estudiantil llamado *Sin Broche y sin Costura*, que servía para la educación en salud de la población objeto de dicha práctica. Así mismo, algunos otros alumnos realizaron sus prácticas en salud ocupacional bajo la dirección del profesor Leonardo Briceño. Estas actividades de salud pública dieron continuidad al planteamiento y enfoque que, desde la salud comunitaria, se habían planteado en la UPA 92 de Patio Bonito (Latorre Santos, 2018-2020).

Por otra parte, buscando la visibilidad del Departamento y la posibilidad de asociación con otras instituciones que tuvieran experiencia en salud pública, la profesora Latorre entró en contacto y estuvo realizando actividades de investigación con estudiantes en el marco del programa Así Vamos en Salud, con el apoyo de la Fundación Santa Fe. Allí se realizaba un trabajo en el campo del manejo de indicadores y de información para la salud pública, de la mano del epidemiólogo asociado a dicha Fundación, José Gabriel Carrasquilla Gutiérrez (Latorre Santos, 2018-2020).

Este programa había nacido de forma coyuntural:

En el 2002, cuando el país estaba en proceso de elecciones presidenciales, las fundaciones Santa Fe de Bogotá y Corona se unieron para motivar a los candidatos a exponer sus propuestas en el sector salud. Encuentros y documentos surgieron de esta labor que mostró la necesidad de hacer seguimiento y acompañamiento al sector, para informar a la sociedad sobre el cumplimiento de las metas del nuevo gobierno [...]. De esta manera nació Así Vamos en Salud, como un programa de seguimiento al sector salud en Colombia. Las fundaciones gestionaron nuevas alianzas que comprometieron a la Fundación Antonio Restrepo Barco, la Fundación Saldarriaga Concha, la Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, la Universidad de Antioquia, la Universidad Icesi

y El Tiempo Casa Editorial. El propósito de estos importantes aliados era proveer información sobre el desarrollo del sector tanto a las administraciones gubernamentales como a la ciudadanía, y aportar en la construcción y evaluación de las políticas públicas⁴³.

Así mismo, la profesora Latorre entró en contacto con el profesor Carlos Agudelo, de la Universidad Nacional, exviceministro de Salud del gobierno de César Gaviria, en el período en que ese Ministerio se le había adjudicado a la alianza M-19. Agudelo coordinaba un proyecto de investigación sobre servicios y sistemas de salud, tema muy afecto a la profesora Latorre desde que había participado en la organización del Sistema General de Seguridad Social durante su trabajo en el Ministerio de Salud ya mencionado atrás. Con este grupo se realizaron varias reuniones de trabajo con participación de estudiantes (Latorre Santos, 2018-2020).

Por otra parte, la profesora Latorre, por vínculos familiares con el profesor Saúl Franco de la Universidad Nacional, había tenido algunos contactos y reuniones con el Movimiento Nacional para la Defensa de la Salud Pública y tuvo una comunicación más o menos constante con intercambio intelectual con el capítulo de Antioquia de ese movimiento que, para ese momento, ya tenía el nombre de Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social. Su trabajo estuvo bastante relacionado con la discusión de la posible reforma de la Ley 100 que se estaba planteando en ese momento y con la organización de un segundo congreso de dicho Movimiento para ser celebrado en noviembre de 2004⁴⁴. Así mismo, a través de Amparo Hernández, tuvo algún contacto con la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES) (Latorre Santos, 2018-2020). De esta manera, el Departamento de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad del Rosario iba logrando una visibilidad entre la comunidad científica del campo de la Salud Pública en el país.

⁴³ Así Vamos en Salud (s. f.). [Página web]. Recuperado de <https://www.asivamosensalud.org/quienes-somos/descripcion>

⁴⁴ Este Movimiento había publicado en el 2001 un libro titulado *La salud al derecho*, que recogía los planteamientos fundamentales de buena parte de sus miembros y en el cual se realizaban análisis profundos desde diferentes orientaciones sobre las condiciones de salud del país (Echeverri López, Fernández Moreno, Girón Sierra & Torres Tovar, 2004).

Aumento de los cupos de ingreso a la Facultad y adecuaciones locativas

Ante las dificultades económicas por las que pasaba la Universidad a finales del año 2000 y la posibilidad de explorar nuevos campos del conocimiento no desarrollados aún por la Institución, comenzó a surgir en las instancias directivas la idea de crear nuevos programas académicos bajo el lema “Crecimiento con calidad e identidad”. Al respecto, el decano Pastrana Arango propuso aumentar el número de estudiantes admitidos a primer semestre de Medicina (Palacios Sánchez, 2017-2019; Pastrana Arango, 2016a). En consecuencia, teniendo en cuenta que el número de estudiantes de primer semestre para enero de 2001 se incrementaría aproximadamente en un 25 %, comparado con el período de julio a diciembre de 2000, la decanatura de la Facultad presentó ante Consejo Académico las necesidades a nivel de la planta física y del personal docente para poder continuar impartiendo a los alumnos una educación dentro de los parámetros exigidos por la Universidad. Se proyectó la admisión de ciento ochenta (180) estudiantes, los cuales se dividirán en dos grupos, cada uno con noventa (90) estudiantes, para la realización de las actividades teóricas. Para las actividades prácticas, los estudiantes serían divididos en cinco (5) grupos de treinta y seis (36) estudiantes cada uno, en las materias llamadas Indispensables y Complementarias⁴⁵.

Según el Acta del Consejo, “[...] con base en esta nueva proyección, se solicitó la adecuación de un nuevo espacio para el laboratorio de microscopía y la adquisición de 10 microscopios que permitirán el desarrollo adecuado de las actividades académicas”. Al respecto, se informó al Consejo Académico que se habían recuperado y reparado cuarenta (40) microscopios, los cuales serían empleados en el nuevo Laboratorio de Microscopía⁴⁶.

Igualmente, se pusieron a consideración las necesidades de personal docente y sus implicaciones presupuestales. Se solicitó así la aprobación del nombramiento de un profesor de Tiempo Completo y dos profesores de medio tiempo para el área de Biología Celular y Molecular, un profesor de Tiempo Completo y dos profesores de Medio Tiempo para el área de

⁴⁵ Acta n.º 45 del Consejo Académico de 17 de noviembre de 2000: 2.

⁴⁶ Acta n.º 45 del Consejo Académico de 17 de noviembre de 2000: 2.

Bioquímica Estructural y doscientas cincuenta (250) horas Cátedra para el área de Promoción de la Salud⁴⁷.

Esta decisión tenía la intención de aumentar el ingreso de recursos a la Universidad en general y planteó un gran reto para la Facultad de Medicina, pues prácticamente esta unidad académica se hizo cargo de cubrir el déficit de la Universidad a partir del aumento de estos cupos de ingreso⁴⁸. En la práctica el número real de alumnos admitidos finalmente fue de 120, para el primer semestre (Palacios Sánchez, 2017-2019; Pastrana Arango, 2016a).

Apertura de nuevos posgrados

En febrero del año 2000 la Fundación Clínica Abood Shaio le había propuesto a la Facultad de Medicina la creación de un programa de especialización en Cardiología Intervencionista y Hemodinamia. Dado que el programa ya existía en la Fundación Cardioinfantil, el Consejo Académico, en su sesión n.º 37 de febrero de ese año, aprobó la ampliación de dicho programa integrando el propuesto por la Shaio con el ya existente en la Fundación Cardioinfantil⁴⁹. En consecuencia, se adelantaron las conversaciones del caso entre la Fundación y la Clínica Shaio y, como consecuencia, el programa se estructuró de tal forma que los residentes pudieran realizar su formación en ambas instituciones. Durante agosto del mismo año, el Consejo Académico aprobó también la creación de un posgrado en Ecocardiografía en esta misma institución⁵⁰.

Para el caso del programa de Ortopedia y Traumatología, que ya estaba abierto en el Hospital Occidente de Kennedy, se decidió que sus estudiantes cursaran un *Core* común y luego realizaran su aprendizaje práctico en la institución a través de la cual hubiesen sido previamente admitidos, combinando algunas actividades conjuntas (Palacios Sánchez, 2015).

Las especializaciones en Ginecología y Obstetricia y en Pediatría habían tenido su primer tropiezo con la crisis creada por el cierre del HILVS, el 15 de marzo de 1999. Ante el posible traslado de estas especializaciones a otros

⁴⁷ Acta n.º 45 del Consejo Académico de 17 de noviembre de 2000: 2.

⁴⁸ Acta n.º 47 del Consejo Académico del 20 de febrero de 2001.

⁴⁹ Acta n.º 37 del Consejo Académico de 29 de febrero de 2000: 3-4.

⁵⁰ Acta n.º 43 del Consejo Académico del 1 de agosto de 2000: 2.

hospitales, los residentes de ambas especializaciones fueron informados de la complicada situación y enviados a vacaciones, dándoles dos posibles opciones: o continuar vinculados a la Universidad del Rosario, una vez se hiciesen los trámites necesarios con los nuevos campos de práctica; o, retirarse del Programa. La gran mayoría de ellos expresaron su voto de confianza hacia la Universidad y hacia las posibles instituciones hospitalarias que se unirían para garantizar la permanencia del programa (Palacios Sánchez, 2015).

En relación con la Especialización en Pediatría, según el acta de la sesión n.º 31 del Consejo Académico, del 31 de agosto:

Al producirse el cierre e inicio del proceso de liquidación del Hospital Infantil Universitario “Lorencita Villegas de Santos”, el Jefe del Departamento Médico, que hacía las veces de Director del Programa de Especialización, Doctor Rafael Guerrero Lozano, renunció a la Facultad. El coordinador académico, Marco Suárez, Instructor Asociado de Pediatría Ad Honorem, en estrecha coordinación con la Oficina de Educación Médica, colaboró de manera muy importante en la reubicación de los residentes en otras instituciones. Simultáneamente el Doctor Jaime Céspedes Londoño, Profesor Asistente Ad Honorem, y Jefe del Departamento Médico de la Fundación Cardio-Infantil, que a su vez ha sido base del programa de Pediatría asumió el compromiso en la reconstrucción del programa. Se realizaron gestiones que permitieron rápidamente contar con nuevos campos de práctica entre los que se cuenta la Red de Atención Médica y Hospitalaria de Colsubsidio, el Hospital Universitario de la Misericordia, la Clínica del Niño del ISS, la Clínica del Country y el Hospital Militar Central, entre otros⁵¹.

El 9 de noviembre, se llegó finalmente a un acuerdo para seguirla ofreciendo en la Clínica Colsubsidio y en la Fundación Cardio-Infantil, con algunas rotaciones menores complementarias en el Hospital de la Misericordia, en el Instituto Nacional de Cancerología, en la Clínica del Niño

⁵¹ Acta n.º 31 del Consejo Académico del 31 de agosto de 1999: 7.

del Instituto Colombiano de los Seguros Sociales y en el Hospital Militar Central, instituciones con las cuales se tenían convenios vigentes⁵².

Para el caso de la de Ginecología y Obstetricia, como se menciona también en el acta número 31 de Consejo Académico, al producirse el cierre del Hospital Infantil Universitario “Lorencita Villegas de Santos”, renunció el Jefe del Departamento Francisco José Espinel, quien hacía las veces de Director del Programa de la Especialización. Como consecuencia, el coordinador académico, Felipe Arbeláez C., en estrecha coordinación con la Decanatura y la Oficina de Educación Médica, colaboró en la reubicación de los residentes en otras instituciones. Se realizaron las gestiones pertinentes para organizarlos en diferentes hospitales como la Clínica San Pedro Claver, el Hospital de Kennedy, el Hospital El Tunal y la Clínica del Country, entre otros⁵³. En abril del año siguiente, se adicionó la práctica en el Hospital Universitario de San Rafael. Para ese momento, cuando ya esta especialización contaba con la aprobación del ICFES, comenzó a ser coordinada desde la jefatura del Departamento de Ciencias de la Reproducción, con sede de la Quinta de Mutis, bajo la dirección de Ángela María Ruiz⁵⁴.

En relación con los programas de especialización en Endocrinología y Otorrinolaringología, cuya base era el Hospital de San José, se llegó a un acuerdo con el Hospital Universitario de la Samaritana para que se pudiera continuar en dicha institución⁵⁵. Para el caso del programa de Otorrinolaringología, el convenio quedó completamente organizado y firmado para diciembre de 2001⁵⁶.

Según consta en el acta 67 del 26 de agosto de 2002, el profesor Ciro Casadiego, desde el Instituto de Ciencias Básicas y con el liderazgo de Carlos Martín Restrepo Fernández, quien dirigía la Unidad de Genética Humana, realizó la presentación de una Maestría en Ciencias con énfasis en genética y la puso en consideración del Consejo Académico⁵⁷.

⁵² Acta n.º 33 del Consejo Académico del 9 de noviembre de 1999: 7.

⁵³ Acta n.º 31 del Consejo Académico del 31 de agosto de 1999: 2.

⁵⁴ Acta n.º 38 del Consejo Académico del 11 de abril de 2000: 1-2.

⁵⁵ Acta n.º 37 del Consejo Académico del 29 de febrero de 2000: 2 y 4.

⁵⁶ Acta n.º 55 del Consejo Académico del 4 de diciembre de 2001: 5.

⁵⁷ Acta n.º 67 del Consejo Académico del 27 de agosto de 2002: 6.

Hasta la fecha de finalización de este libro, los programas de especialización en Cirugía Plástica, Maxilofacial y de Mano, así como el de Hematología, que tenían como campo de práctica base el Hospital de San José, no se han vuelto a abrir.

La OMS: una evaluación internacional de los Sistemas de Salud y Seguridad Social

El esfuerzo que la OPS había puesto en marcha para definir su rol en la salud pública regional corrió de manera paralela a otra propuesta iniciada desde la OMS, ya bajo la dirección de la médica Gro Harlem Brundtland que, como dijimos atrás, había llegado a la dirección general de esta institución en 1998, y que tenía la idea central de que “el desarrollo de los sistemas de salud adquiriese progresivamente un mayor protagonismo en la labor de la OMS”, en el marco de la salud global, enfoque que había negociado con el Banco Mundial. En consecuencia, Brundtland decidió “acercar a la OMS las iniciativas y desarrollos teóricos-metodológicos de los economistas de la salud vinculados a las propuestas de reforma lideradas por el Banco Mundial, pero también de otras instituciones y organizaciones reconocidas en este tema” (Hernández Álvarez et al., 2002: 371-372).

De esta iniciativa surgió el grupo que desarrolló el modelo de evaluación del “desempeño de los sistemas de salud” en los 191 países miembros de la OMS. De este grupo hacían parte Christopher Murray y Philippe Musgrove, así como Julio Frenk, exdirector del Instituto de Salud Pública de México. Este último, en compañía del ministro de Salud colombiano Juan Luis Londoño, “habían publicado un artículo que sintetizaba el modelo de reforma ideal para los países latinoamericanos, con base en la experiencia colombiana”, modelo al cual llamaron “pluralismo estructurado” (Frenk & Londoño de la Cuesta, 1997).

Según Hernández y colaboradores,

[...] el modelo de donación definía funciones, objetivos, metas y logros de desempeño para los sistemas de salud. Las funciones eran cuatro: rectoría, creación de recursos, financiamiento y prestación de servicios. Los objetivos eran tres: mejorar la salud de la población a la que sirven, responder a las expectativas de las personas y brindar protección

financiera contra los costos de la mala salud. Para medir el cumplimiento de estos objetivos por parte de los sistemas, del modelo de evaluación definió cinco aspectos: el nivel general de salud, la distribución de salud de la población, el grado general de respuesta, la distribución de la capacidad de respuesta y la distribución de la contribución financiera. (Hernández Álvarez et al., 2002: 372)

Con ese marco de referencia los expertos construyeron indicadores estadísticos y diseñaron un indicador compuesto del desempeño global de los sistemas, el cual aplicaron a los 191 países miembros incluidos en el estudio. Como el indicador compuesto medía más la eficiencia que el desempeño, el resultado de la evaluación, presentado en junio del 2000, fue contradictorio: Colombia figuró en el primer lugar antes que Cuba, Costa Rica y Chile. Este resultado dio lugar a diferentes interpretaciones: “Mientras Juan Luis Londoño celebraba el primer lugar y lo atribuía al nuevo sistema, Hernández hablaba de una confluencia hegemónica entre el modelo de evaluación y el sistema de salud colombiano” (Hernández Álvarez et al., 2002: 372-373). En efecto, como el modelo propuesto para comparar había sido Colombia, los resultados de los otros países no parecían tan buenos porque el indicador estaba sesgado.

En la salud internacional, el ministro de Salud de Brasil levantó su voz de protesta por la pésima evaluación obtenida por el sistema de salud de su país y varios de los académicos del campo de la Salud Pública de otros países “se pronunciaron sobre los fundamentos teóricos y los aspectos metodológicos del informe”. En vista de esto, la revista *The Lancet* abrió una sección especial para discutir el tema (Hernández Álvarez et al., 2002: 373).

Ante la inconformidad de los académicos, la directora de la OMS, Gro Harlem Brundtland, informó al Consejo Directivo de esta Institución que el informe se continuaría cada dos años, pero se tendría en cuenta a los países sobre los aspectos técnicos y se solicitaría la mejor información disponible y al aval previo a la publicación de cada informe. El Consejo decidió entonces llevar a cabo una serie de reuniones regionales para precisar y discutir con los expertos de los países los alcances y las limitaciones de los indicadores utilizados. La OPS realizó la reunión regional entre el 8 al 10 de mayo del

2001 en Washington. En estas reuniones se desató un debate mundial sobre el papel de los sistemas de servicios en la salud de la población, enfrentando así el modelo de Lalonde de 1974. De esa manera, la OMS se vio obligada a aceptar “que era necesario entrar en una segunda fase de reconstrucción de la propuesta de medición del desempeño de los sistemas de salud y los aportes de la OPS y las asociaciones y organizaciones convocadas a la reunión regional permitían, en últimas, recomponer el liderazgo de la Organización de las políticas de salud en el mundo” (Hernández Álvarez et al., 2002: 373-374).

En la reunión de la OPS se enfatizó en los esfuerzos de esta institución para medir las FESP y así poder fortalecer la función de rectoría por parte de la autoridad sanitaria de cada país. De esta forma, la iniciativa de las FESP promovida por la OPS comenzó a afectar los modelos de evaluación de los sistemas de salud desarrollados en la OMS, desde la perspectiva económica. Los resultados de la primera evaluación de la FESP en la región así lo demuestran. En Colombia, con la participación del viceministro de salud David Bersh del gobierno de Pastrana se definieron tres ejes prioritarios para la cooperación: mejorar o reconstruir el sistema de información del Sistema de Salud, fortalecer la capacidad de gestión de las diferentes instancias de la autoridad sanitaria y corregir las inequidades en el acceso a los servicios a la población más postergada, en especial, aquellas víctimas del desplazamiento forzado. Se iniciaron así procesos descentralizados de cooperación en las capitales de los departamentos que concentraban el mayor número de desplazados. Se crearon entonces las llamadas oficinas de campo, con un funcionario en cada una, localizadas en Cartagena, Medellín, Montería, Cali, Bucaramanga y Soacha (Hernández Álvarez et al., 2002: 375-378).

Los últimos estertores del proceso de paz

En enero de 2000, se había reanudado la expectativa por la paz. La inauguración de una sede permanente para los diálogos de paz en Villa Nueva Colombia y un viaje de 33 días por Europa de delegados de las FARC y el Gobierno marcaron el punto de partida. Voceros del Gobierno y comandantes

de las FARC visitaron varios países para estudiar diferentes esquemas de gobierno y escuchar a voceros de la comunidad internacional⁵⁸.

Entre tanto, guerrilleros y paramilitares se enfrentaban en luchas para lograr el control de zonas específicas. Las Autodefensas Unidas de Colombia (AUC) aumentaron su control y sus efectivos en los territorios rurales en Norte de Santander, Sucre, Urabá, Antioquia, Magdalena Medio, Valle del Cauca, parte del pie de monte llanero y del suroriente del país. Estos grupos paramilitares asediaron a la guerrilla y masacraron brutalmente a todos los campesinos de los que sospechaban que podían ser auxiliares de esta. Una de las masacres más sonada fue la de El Salado, en los Montes de María, en donde asesinaron a más de 60 habitantes de la zona, el 18 de febrero de 2000. Por su parte, las FARC utilizaron la zona de despeje o “de distensión” para crecer y fortalecer su capacidad militar (Torres del Río, 2010: 441).

En las zonas urbanas el clamor de los militares y policías, cautivos en los campamentos de las FARC en la selva, producía fuertes reacciones entre los familiares y los demás ciudadanos, a tal punto que, el 4 de abril de 2000, un grupo de ellos se tomó pacíficamente la iglesia del Divino Niño en el barrio 20 de Julio, en Bogotá. A partir de ese momento los debates y las negociaciones de paz giraron en torno al intercambio humanitario. En ese contexto, la mesa de negociaciones se estancó y el 27 de abril de ese año el Gobierno decidió hacer un relevo de negociadores, cambiando a Víctor G. Ricardo⁵⁹ por Camilo Gómez Alzate⁶⁰. Las FARC reaccionaron creando el Movimiento Bolivariano por la Nueva Colombia, su plataforma política; anunciaron la puesta en marcha de su “Ley 002”, que obligaba a todos los que tuvieran un patrimonio mayor a un millón de dólares, a pagar un impuesto del 10 % de sus caudales a la guerrilla o, de lo contrario, serían secuestrados. En efecto, un avión de la empresa Aires fue secuestrado y

⁵⁸ 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/>.

⁵⁹ Ricardo renunció a su cargo el 27 de abril de 2000, por las amenazas que le estaba haciendo Carlos Castaño Gil, jefe de las AUC, por haberle “entregado el país a las guerrillas”. “Camilo Gómez: nuevo Comisionado de Paz”. *Venezuela Analítica*.

⁶⁰ Abogado conservador.

desviado a la zona de distensión, mientras seguía creciendo el número de prisioneros de guerra en manos de las FARC⁶¹.

El proceso de paz había corrido paralelo con la reforma de las Fuerzas Armadas que implicó cambios institucionales, la introducción de nuevas tecnologías y una nueva doctrina. Esta reforma se llevó a cabo con el apoyo de las fuerzas militares de los Estados Unidos y con un presupuesto aportado, en buena parte, por el Gobierno norteamericano. Dicha reforma se fue implementando de acuerdo y, en la medida en que el panorama de la coyuntura político-militar se fue configurando y consolidando, en la confluencia de esta con la puesta en marcha del Plan Colombia, en el año 2000, y de la concesión de una Zona de Despeje para las FARC (Torres del Río, 2010: 443).

Como la estrategia de las FARC era apropiarse de la cordillera oriental por todos lados y cercar a la capital del país, su centro principal de operaciones era la región de Cundinamarca y Sumapaz⁶². Ante esta posibilidad,

[...] las Fuerzas Militares centraron su plan en la neutralización de los corredores de movilidad de la guerrilla, afectando la estructura orgánica de las Fuerzas Militares en tres niveles de consideración: primero, se crearon los batallones de alta montaña; segundo, al servicio militar ingresaron miles de jóvenes del sector rural bajo la modalidad de los “soldados campesinos” o “soldados de mi pueblo”; y, tercero, en la medida en que en cerca de 500 municipios de Colombia no había presencia de las Fuerzas Militares, la estrategia de defensa proyectó y puso en marcha la actuación combinada de los policías con los militares. (Torres del Río, 2010: 445)

Además, se contrataron soldados profesionales, se fortalecieron la Infantería de Marina (lanchas artilladas “piraña”) y la Fuerza Aérea (aviones fantasma AC-47, helicópteros Black Hawk UH-60 Arpia); se modernizaron

⁶¹ Jorge Cardona Alzate y Catalina González Navarro. Cuando Marulanda dejó la “silla vacía”. *El Espectador*. 23 de junio de 2016. <https://www.elspectador.com/colombia2020/pais/cuando-marulanda-dejo-la-silla-vacia-articulo-854548/>

⁶² “La consigna del presidente Pastrana [era] en la Zona de Distensión se suspenden las operaciones, pero en el resto del país la orden era arreciar e incrementar las operaciones contra las FARC” (Sánchez Cristo, 2017: 151).

las comunicaciones y la guerra nocturna. Estas reformas fueron posibles, en parte, gracias a la ayuda del Plan Colombia, paquete militar norteamericano orientado a la lucha contra el narcotráfico y el logro de la paz, que fue prioritario en la agenda de Pastrana. Pero su utilización priorizó la mirada militarista del modelo norteamericano contra los programas sociales propuestos desde la visión de la Unión Europea (Torres del Río, 2010: 447-453).

A comienzos de 2001, Manuel Marulanda, “Tirofijo”, propuso “un encuentro definitivo para concretar un acuerdo humanitario y descongelar la mesa de diálogo”. En febrero de 2001, el presidente Pastrana viajó a la zona Los Pozos, en el Caguán, para reunirse con el máximo líder de las FARC. “El presidente durmió una noche allí y solo regresó luego de lograr un acuerdo —el Acuerdo de los Pozos—, que le dio nuevo aire al proceso” (Santos Calderón, 2019: 110). La discusión se centró en el tema más álgido del momento: “el cese de fuegos y hostilidades”. Allí se aceptó, además, agilizar “el acuerdo humanitario para que los soldados policías retenidos retornaran a sus hogares, a cambio de la libertad de guerrilleros presos en las cárceles”. Este Acuerdo, firmado el 9 de febrero de 2001, abrió el camino hacia el acuerdo humanitario y “el 2 de junio se firmó un pacto para dejar libres a 42 soldados y policías enfermos, a cambio de la excarcelación de 15 guerrilleros presos, siempre y cuando no regresaran a las filas de la insurgencia”. Se liberaron así, por decisión unilateral de las FARC, 323 hombres de la Fuerza Pública a cambio de 14 guerrilleros que salieron de la cárcel⁶³.

“A mediados de junio de 2001, las Fuerzas Militares denunciaron que las FARC utilizaban la zona de despeje para armarse, esconder a los secuestrados, preparar atentados, traficar con drogas y ganar espacios mediáticos”. Las FARC respondieron, suspendiendo el diálogo y acusando al gobierno de permitir el sobrevuelo de aviones de guerra en zonas aledañas a la zona de distensión (Torres del Río, 2010: 441).

Pero la guerrilla había mantenido en su poder a los suboficiales y oficiales secuestrados, y “el Mono Jojoy” había advertido: “Si no se puede la ley de canje, tocará que algunos de la clase política acompañen a los soldados”.

⁶³ 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/>

Fueron entonces sucesivamente secuestradas varias “personalidades” políticas: el exministro de Desarrollo Fernando Araujo, el congresista Luis Eladio Pérez, el exgobernador del Meta, Alan Jara. “En julio de 2001, un grupo armado se tomó por asalto un edificio en Neiva y se llevó cautivos a la excongresista Gloria Polanco y sus dos hijos [...] El 24 de septiembre, cuando regresaba a Valledupar, fue secuestrada y asesinada la exministra de Cultura, Consuelo Araujo Noguera”⁶⁴.

Las FARC continuaron demostrando una actitud bélica y, al igual que los paramilitares, poco cuidadosa con la población civil, como quedó en evidencia el 2 de mayo de 2002, cuando se tomaron la población de Bojayá en un enfrentamiento con estos últimos para garantizar su posicionamiento en la zona (Sánchez G., Bello Albarracín & Riaño Alcalá, 2910: 26). La población civil (hombres, mujeres y niños), en medio de estos enfrentamientos y del fuego cruzado, buscó refugio en la Iglesia del pueblo,

[...] no sólo porque se trataba de una edificación de cemento sino porque podría ofrecerles alguna seguridad en términos de lo que representa la Iglesia, debido al carácter sagrado del lugar. Pero todo fue en vano. Después de varios días de combates, las FARC, sin consideración alguna por la población civil, lanzaron artefactos explosivos no convencionales (pipetas de gas con metralhas). Uno de ellos estalló en el templo provocando decenas de muertos y graves heridas a más de cien habitantes; y de este modo causaron el desplazamiento forzado de prácticamente toda la población. (Sánchez G., Bello Albarracín & Riaño Alcalá, 2910: 27)

Según relatan los periodistas Jorge Cardona Alzate y Catalina González Navarro, estos episodios fueron la antesala del final de este proceso de paz: “[...] el Gobierno impulsó una reunión del Frente Común por la Paz, integrado por líderes de las distintas fuerzas políticas, para tratar de salvar el proceso”. Pero

⁶⁴ Jorge Cardona Alzate y Catalina González Navarro. Cuando Marulanda dejó la “silla vacía”. *El Espectador*. 23 de junio de 2016. <https://www.elspectador.com/colombia2020/pais/cuando-marulanda-dejo-la-silla-vacia-articulo-854548/>

su suerte ya estaba echada. La última carta quedó en manos de una Comisión de Notables creada tres meses antes para tratar de encontrar soluciones a una negociación moribunda. La Comisión [...] planteó urgentes cambios en la negociación y la puesta en marcha de una Asamblea Nacional Constituyente, con amplia participación de la guerrilla. A su vez, los negociadores del Gobierno insistieron en que solo un acuerdo del cese al fuego salvaba el proceso⁶⁵.

Para ese momento ya, el pronóstico de este era francamente “reservado”.

Modificación de las relaciones con el Hospital Occidente de Kennedy y adecuaciones curriculares

En el año 2001 se presentó un cambio en la dirección del Hospital Occidente de Kennedy, cargo que en los años previos había sido ocupado por miembros de la Sociedad de Cirugía de Bogotá o por médicos rosaristas. La Junta Directiva tomó la decisión de modificar la compensación económica, que era del 10 % del valor de la matrícula en pregrado, a un 50 % (Isaza Restrepo, 2015). Ante tal situación la Universidad llevó a cabo un estudio financiero que demostró que era inviable mantener a los estudiantes de pregrado (quinto a décimo semestres) en dicha institución. Se realizó así una modificación al convenio manteniendo solo rotaciones de los alumnos de internado (undécimo y duodécimo semestres) y de los de programas de especialización médico-quirúrgicas (Palacios Sánchez, 2015). Lo anterior llevó a reorganizar, de nuevo, los semestres de pregrado y los campos de práctica para garantizar el normal funcionamiento de cada una de las asignaturas a partir de enero de 2002. Así, Alberto Vélez, director del Departamento de Ciencias Clínicas, presentó en diciembre de 2001 la reestructuración de los semestres quinto, sexto, séptimo y décimo:

- En quinto semestre, se llevaría a cabo en las siguientes instituciones: la Clínica Misael Pastrana, donde se realizarían las prácticas de Semiología; el Hospital Universitario de la Samaritana y el Hospital

⁶⁵ 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/>

- de Chapinero, donde se llevarían a cabo las rotaciones de Semiología Cardíaca; y, la Clínica San Diego, para las de Semiología Neurológica.
- Las actividades de sexto semestre se trasladaron a la Clínica Misael Pastrana, donde se realizó la rotación obligatoria de Medicina Interna Pisos; al Hospital Universitario de la Samaritana, para la rotación electiva de Endocrinología; el Hospital San Rafael, también para la rotación obligatoria de Medicina Interna Pisos y para las electivas de Nefrología, Gastroenterología y Cardiología; la Fundación Cardioinfantil-Instituto de Cardiología, donde igualmente se realizaría la rotación obligatoria de Medicina Interna Pisos y las electivas de Neumología, Cardiología, Hematología, Rehabilitación y Hepatología. En Clínica Carlos Lleras se llevaron a cabo las rotaciones electivas en Medicina Interna Pisos, Gastroenterología, Rehabilitación y Cardiología; y en la Fundación Santafé de Bogotá, donde se llevó a cabo la rotación electiva en Dermatología.
 - En séptimo semestre, se reorganizó en la Fundación Cardioinfantil, donde se realizó la rotación obligatoria de Pediatría General y las electivas en Gastroenterología Pediátrica, Neumología Pediátrica, Dermatología Pediátrica, Radiología Pediátrica y Nefrología Pediátrica. En la Clínica Carlos Lleras se realizó la rotación obligatoria de Neonatología; en la Clínica Infantil Colsubsidio la de Pediatría General y la electiva en el Quinto Piso Especialidades; en la Unidad de Salud de la Ciudadela Colsubsidio, se efectuó la rotación electiva en Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPL); en la Clínica del Country la rotación electiva en Cuidado Intensivo Pediátrico; en la Fundación Santa Fe de Bogotá, la rotación electiva en Niño Discapacitado; y en el Instituto de Ortopedia Infantil Roosevelt y en el Centro Integral de Rehabilitación de Colombia (CIRREC), la rotación obligatoria en Ortopedia Pediátrica.
 - Las rotaciones de Psiquiatría de décimo semestre se llevaron a cabo en la Clínica de Nuestra Señora de la Paz, el Hospital de Chapinero y en la Clínica Campo Abierto⁶⁶.

⁶⁶ Acta n.º 55 del Consejo Académico del 4 de diciembre de 2001: 2-3.

La reorganización de octavo semestre estuvo a cargo de Andrés Isaza, jefe adjunto del Departamento Quirúrgico, y para ello se establecieron como centros de práctica las siguientes instituciones: la Clínica Misael Pastrana, donde se llevó a cabo la rotación de Cirugía General; el Hospital Universitario de la Samaritana, en donde se enseñó el Cuidado Intensivo, la Cirugía Plástica y la Otorrinolaringología; el Hospital Universitario Clínica San Rafael, para las rotaciones de Cirugía General y Ortopedia; la Fundación Cardioinfantil-Instituto de Cardiología, para la formación en Anestesia; y la Fundación Oftalmológica Nacional (FUNDONAL), para la enseñanza de la Oftalmología⁶⁷.

Finalmente, la reorganización de noveno semestre estuvo a cargo de Ángela María Ruiz, jefe del Departamento de Ciencias de la Reproducción, estableciendo así sus campos de práctica: Hospital Universitario Clínica San Rafael, donde se llevó a cabo la rotación obligatoria de Ginecología y Obstetricia; Hospital Universitario de la Samaritana, para la Urología y las electivas en subespecialidades en Gineco-Obstetricia (Endocrinología y Alto Riesgo); Instituto Nacional de Cancerología, para la electiva en Oncología (Oncología Ginecológica y Consulta de seno); y en la Clínica Colsubsidio Ciudad Roma, la rotación obligatoria por Ginecología y Obstetricia⁶⁸. Adicionalmente se reestructuró e intensificó la actividad académica ampliando a dos las semanas teóricas de inducción, para armonizar la teoría, por estar todos los estudiantes tan dispersos y adicionando una semana de refuerzo a los conceptos teóricos adquiridos en las rotaciones⁶⁹.

Mientras esta reorganización curricular estaba en proceso, y un mes después de acabarse el período presidencial de Andrés Pastrana y de la posesión de Álvaro Uribe Vélez, debido a diferencias relacionadas con el manejo de la Facultad, que se presentaron entre la rectoría de la Universidad y la decanatura de Medicina, en septiembre de 2002, el decano Pastrana presentó su renuncia y se retiró de la Universidad.

Jaime Pastrana Arango se había enfrentado a una situación de crisis de la Facultad de Medicina, resultante de la ruptura entre la Sociedad de Cirugía

⁶⁷ Acta n.º 55 del Consejo Académico del 4 de diciembre de 2001: 3.

⁶⁸ Acta n.º 55 del Consejo Académico del 4 de diciembre de 2001: 4.

⁶⁹ Acta n.º 55 del Consejo Académico del 4 de diciembre de 2001: 4.

de Bogotá y la Universidad del Rosario, lo que incluyó la pérdida del Hospital de San José como centro de práctica fundamental para sus estudiantes. Así mismo, el decano se encontró con una severa crisis económica dentro de la Institución. Pastrana puso en marcha entonces todo un proceso de reconstrucción y reestructuración académica, administrativa y financiera para rescatar y sacar adelante la Facultad de Medicina, en ese momento solamente dependiente de la Universidad. El gran esfuerzo desplegado por el decano y su equipo de trabajo, “El Boca”, desembocó en el florecimiento de una nueva facultad, con un currículo flexible, con una estructura administrativa coherente y funcional en la cual las necesidades académicas encontraban un respaldo financiero en qué sustentarse, y con una serie de convenios firmados que ampliaron los campos de práctica para que los estudiantes de pre y posgrado no se vieran afectados con la pérdida del Hospital. Pastrana y su equipo habían sacado a flote una nave la cual la comunidad médica bogotana daba por hundida, en un momento en que la situación de crisis del país era severa, pues las conversaciones de paz, que habían ocupado buena parte de la actividad y la energía del gobierno y de la esperanza de la población, habían terminado en el naufragio.

Final del Gobierno de Andrés Pastrana Arango: el fracaso de las “Conversaciones de Paz”

A pesar de un nuevo acuerdo, firmado el 5 de octubre de 2001, en San Francisco de la Sombra, en el cual las FARC había rechazado el secuestro y se comprometieron a prohibir las “pescas milagrosas”, el 20 de febrero de 2002, este grupo guerrillero desvió un avión comercial haciéndolo aterrizar en una carretera que habían despejado para el efecto. En él viajaba el presidente de la Comisión de Paz del Senado, Jorge Eduardo Gechem Turbay⁷⁰, quien fue secuestrado. Esa fue “la gota que rebosó la copa de la paciencia del gobierno” (Santos Calderón, 2019: 110) y “el pretexto que necesitaba el presidente para dar por cancelado el proceso de paz. Ese mismo día, el presidente Pastrana anunció la decisión. Suspendió, unilateral y definitivamente,

⁷⁰ Géchem Turbay estuvo seis años en cautiverio.

los diálogos con ese grupo insurgente, le retiró el estatus político”⁷¹ y ordenó “a las Fuerzas Armadas que retomaran el control de la zona del Caguán. Así lo anunció a los colombianos esa misma noche en un discurso televisado en el que se dirigió públicamente a Manuel Marulanda Vélez con palabras de reproche y desilusión” (Santos Calderón, 2019: 110-111):

[...] Manuel Marulanda; yo le di mi palabra y la cumplí, siempre la cumplí, pero usted me ha asaltado en mi buena fe, y no solo a mí, sino a todos los colombianos. Desde el primer momento usted dejó vacía la silla del diálogo cuando yo estuve allí, custodiado por sus propios hombres, listo para hablar [...] pero usted, y su grupo, no han hecho otra cosa más que burlarse del país. Por eso, hoy son ustedes los que tendrán que responder ante Colombia y el mundo por su arrogancia y mentira. (Pastrana, transcrito en Santos Calderón, 2019: 111)

“Al día siguiente, la candidata presidencial, Ingrid Betancourt, y su asesora Clara Rojas, fueron secuestradas en una carretera en Caquetá. Ese fue el epílogo del proceso de paz”⁷² y el colofón de Tirofijo.

Como bien lo dijo Juan Manuel Santos Calderón, “[...] de esta forma se puso fin al más ambicioso esfuerzo de diálogo de paz con las FARC jamás intentado hasta entonces” (Santos Calderón, 2019: 111). En el mismo sentido, Rafael Antonio Ballén Molina, profesor, investigador y escritor colombiano, doctorado en Derecho Público por la Universidad de Zaragoza-España, afirmaba que “[...] el día en que se escriba la historia de Colombia [y está pendiente por escribir la de la segunda mitad del siglo XX] sin el apasionamiento de la venganza y sin el odio por el otro, sus páginas reconocerán que hasta 1998 ningún presidente hizo tanto por acabar con el conflicto armado [...]” (Ballén, 2006: 71).

⁷¹ 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/>.

⁷² 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/>.

Así mismo, Santos Calderón planteaba que el problema de las conversaciones de paz de ese momento era que “el diseño mismo del proceso y el enfoque de las negociaciones hacía muy difícil que se llegara al anhelado objetivo”. Insistía además que, dentro de las varias lecciones que podían quedar del proceso del Caguán, “la primera es la inconveniencia de adelantar unas conversaciones de paz bajo el foco permanente de los medios de comunicación y de la opinión pública [...] Muchas veces el proceso se frenaba porque una declaración pública no coincidía con lo que se estaba discutiendo en privado”. La segunda, “es la necesidad de tener una agenda de diálogo acotada y enfocada exclusivamente en los temas propios del conflicto, que no pretenda abarcar todos los temas del país. La mitad del éxito de un proceso de paz radica en la buena negociación de la agenda. Y en el caso del proceso del Caguán, allí radicó la mitad de su fracaso” (Santos Calderón, 2019: 111-112).

Ese fracaso de las negociaciones de paz alteró significativamente el rumbo de la política en el país. Desde que Pastrana, como candidato, inició las conversaciones con las FARC, el político y senador antioqueño Álvaro Uribe Vélez no hizo nada más que satanizar ese proceso (Ballén, 2006: 71). Tres meses después, en mayo de 2002, Uribe Vélez fue electo en primera vuelta como presidente de Colombia. Su bandera para ganar la contienda electoral fue “la guerra a muerte contra las FARC”⁷³, llamada “Seguridad Democrática”.

Comienzan los ocho años del gobierno de Álvaro Uribe Vélez

Según Torres del Río, “con el gobierno de Andrés Pastrana Arango terminó políticamente el siglo XX”. Debido a que su “Cambio para Construir la Paz” no se pudo concretar, puesto que la solución política propuesta no encontró caminos expeditos para terminar con el conflicto interno, durante la campaña electoral de 2002 surgieron “otras propuestas para enfrentar los agudos problemas de Colombia. Desde ángulos diferentes, cada una de las propuestas surgidas hacía críticas contundentes al “fracasado experimento” de Pastrana. No obstante, la solución política no fue del todo descartada por los candidatos e hizo parte de las plataformas electorales del candidato

⁷³ Ídem.

liberal Horacio Serpa Uribe; del candidato del Movimiento Frente Social y Político, Luis Eduardo Garzón, extrabajador petrolero y expresidente de la Central Unitaria de Trabajadores; y de la candidata conservadora independiente del movimiento Sí Colombia, Noemí Sanín, quien, aunque criticaba los extremos, planteaba que no era guerrerista ni entreguista, y que sería “partidaria de una negociación pero sin comprometer la propiedad privada, la democracia, la vida o la libertad” (Torres del Río, 2010: 459).

El otro candidato, el liberal Álvaro Uribe Vélez, del movimiento Primero Colombia, sustentó su campaña sobre el cuestionamiento a la política de paz y de negociación desarrollada por Andrés Pastrana y criticó la ausencia de autoridad política desde el Estado (Torres del Río, 2010: 460). Según Jorge Orlando Melo, “por tercera vez, las FARC habían perdido en el Caguán la oportunidad de firmar un acuerdo en el cual podían haber obtenido grandes concesiones a cambio de un desarme real”. Por eso, a partir de 2002, se vieron en la necesidad de enfrentar, durante ocho años, la firme acción militar de parte de un gobierno dispuesto a exterminarlas (Melo, 2017: 276).

Álvaro Uribe planteó entonces una propuesta que llamó “Seguridad Democrática”, destinada a proteger a los ciudadanos y a fortalecer las fuerzas armadas para confrontar militarmente a la guerrilla. Se mostró “partidario de continuar con la ayuda norteamericana y el Plan Colombia para derrotar al terrorismo y al narcotráfico [...] pero sin paramilitarismo”, y creando redes de vigilantes en las carreteras. Complementó su propuesta con la de destinar “mayor recursos para la construcción de vivienda social mediante la exención tributaria” y planteó que los fondos de cesantías y de pensiones “deberían financiar patrimonios autónomos para generar empleo a través de la construcción, las obras públicas y la agricultura”. Finalmente, insistió en que para lograr esto “habría que eliminar el Estado burocrático, la politiquería y la corrupción” (Torres del Río, 2010: 460).

Apoyado en esta plataforma política, Uribe Vélez se lanzó a las elecciones presidenciales el 26 de mayo de 2002, en la cual obtuvo 5.862.655 votos (53,05 %), a diferencia de Horacio Serpa Uribe, que solo alcanzó a 3.514.779 (31,8 %). Este resultado lo colocó como vencedor en la primera vuelta, sin necesidad de pasar a una segunda (Torres del Río, 2010: 460-461). “Mano firme, corazón grande” fue la consigna del presidente Uribe desde el comienzo de su candidatura presidencial. Había practicado su “mano

dura” como gobernador de Antioquia presidiendo la “creación de setenta organizaciones cívico-militares armadas llamadas paradójicamente Convivir, que combatían con terror el terror de la guerrilla” (Caballero, 2018: 412).

El 7 de agosto, Uribe se posesionó como nuevo presidente de Colombia, mientras caía en la plaza de Bolívar una lluvia de balas de mortero que, desde algunos techos cercanos, estaban disparando algunos guerrilleros de las FARC. Era esa la declaratoria de guerra de parte de ese movimiento guerrillero⁷⁴. Uribe respondió a esta declaración con la suya propia: una nueva era de enfrentamiento militar en el país, “la era de la Seguridad Democrática, nombre que el nuevo mandatario dio a su principal política de gobierno”. Según él, “el objetivo de esta política era mejorar las condiciones de seguridad de los ciudadanos y confrontar con toda la fuerza disponible a las guerrillas y los narcotraficantes”. El asunto era que con dicha consigna había alcanzado un amplio apoyo popular para lograrlo⁷⁵ (Santos Calderón, 2019: 122).

Respaldo por el Plan Colombia, que como dijimos atrás fue negociado por el presidente Pastrana con el presidente norteamericano Bill Clinton, Uribe comenzó una política de guerra total contra las FARC y contra el ELN. Esto permitió el control de las carreteras troncales en donde las guerrillas

⁷⁴ Asnares, Juan Jesús. Las FARC lanzaron 14 proyectiles contra el Congreso durante la investidura de Uribe. *El País*. 8 de agosto de 2002. https://elpais.com/diario/2002/08/09/internacional/1028844003_850215.html; Atentados terroristas sacuden posesión del presidente Álvaro Uribe. *Semana*. 8 de agosto de 2002. <https://www.semana.com/noticias/articulo/atentados-terroristas-sacuden-posesion-del-presidente-alvaro-uribe/53466-3>.

⁷⁵ Al comenzar el relato de esta nueva era, es necesario anotar que prácticamente todas las historias de Colombia escritas que hemos encontrado terminan en el siglo XX. Por lo tanto, de aquí en adelante no podremos hacer análisis del contexto social y político como lo hicimos hasta acá. Tal como lo dijimos en la introducción, el estudio de los contextos políticos y sociales sería trabajado a partir de la bibliografía secundaria producida por otros historiadores, ya que no sería posible para nosotros hacer una investigación sobre fuentes primarias sobre estas temáticas. Solo nos sería posible recurrir a algunos textos autobiográficos o críticos escritos por los distintos actores de ese período, así como algunos informes de prensa y el trabajo de memoria histórica realizado por diferentes instituciones dedicadas a la construcción de esta, lo cual haremos en los casos en que nos sea posible acceder a esta documentación. Sin embargo, hay que anotar que unas historias generales del siglo XXI en adelante están todavía en proyecto y, por lo tanto, hay que ser críticos en la utilización de una documentación que todavía es fragmentaria. Por ello, solo analizaremos aquellos aspectos del contexto que sean estrictamente necesarios para entender las dinámicas internas de la historia de la Facultad de Medicina y de la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, siempre y cuando logremos conseguir la información necesaria (Los autores).

practicaban las llamadas “pescas milagrosas”, nombre metafórico para referirse a los retenes móviles que la guerrilla montaba en estas carreteras y el secuestro indiscriminado de viajeros que practicaba. Este tipo de control fue haciendo que la guerrilla se replegara (Caballero, 2018: 412).

En lo económico, con su llegada a la presidencia se dio continuidad a la política neoliberal, ahora diseñada completamente por el Fondo Monetario Internacional. El acuerdo de *stand by* firmado entre el gobierno y esta Institución internacional “definió el trazado de la política económica y del orden jurídico económico neoliberal hasta finales del 2004” (Estrada Álvarez, 2004: 107-108).

Decanatura Interina de Leonardo Palacios Sánchez (2002-2003)

Un mes después de posesionado Álvaro Uribe Vélez y ante la renuncia de Jaime Pastrana Arango, el rector Rafael Riveros Dueñas nombró como decano encargado, mediante el Decreto Rectoral n.º 753 del 20 de septiembre de 2002, a Leonardo Palacios Sánchez, quien, además de médico y neurólogo clínico, se había especializado en Docencia Universitaria de la Universidad del Rosario. El nuevo decano había también realizado un entrenamiento en Neurología Infantil en la Facultad de Medicina de París V “René Descartes” entre los años 1988-1989. Igualmente, había sido secretario académico de la Facultad durante los años 1993 a 1994 y, a partir de esa fecha, jefe de la Oficina de Educación Médica, hasta el momento de su nombramiento como decano interino.

En enero de 2003, el recién llegado decano realizó algunos cambios en la cúpula directiva de la Facultad. Debido a que, al momento de ser nombrado decano interino, Palacios Sánchez ejercía el cargo de jefe de Educación Médica y no podía mantener los dos cargos a la vez, decidió nombrar como jefe de Educación Médica a Ángela María Ruiz. Como consecuencia, Jaime Enrique Ruiz la reemplazó como jefe del Departamento de Ciencias de la Reproducción Humana. Por lo tanto, Alberto Vélez dejó el cargo de jefe del Departamento de Ciencias Clínicas y pasó a dirigir la Oficina de Investigación y Ana Isabel Gómez Córdoba, quien venía de la Dirección de la Clínica Misael Pastrana Borrero, ocupó entonces el cargo de jefe del Departamento de Ciencias Clínicas.

Durante este primer período del nuevo decano encargado, se terminaron e inauguraron una serie de adecuaciones tanto físicas como académicas que se habían iniciado durante la decanatura anterior, que se describen a continuación.

Nuevas exigencias estatales de construcción de infraestructuras para la docencia

Por Decreto Presidencial n.º 0917 del 22 de mayo de 2001⁷⁶, el presidente Andrés Pastrana Arango había reglamentado los estándares de calidad en los programas académicos de pregrado en las Ciencias de la Salud, como parte de su función de velar por la calidad de la educación, aunque manteniendo el respeto a la autonomía universitaria. Según dicho Decreto, las exigencias para los programas de Medicina eran la creación de laboratorios para docencia e investigación en anatomía, histo-embriología, biología molecular, fisiología y bioquímica, farmacología, patología, así como instalaciones para cirugía experimental y el correspondiente bioterio.

Como primer acto académico del nuevo decano y a consecuencia de lo anterior, durante el segundo semestre de 2002, se comenzó el proceso de implementación, en el currículo de la Facultad de Medicina, de las exigencias de dicho decreto y, de manera especial, el establecimiento de un mayor número de laboratorios y un mejor control de los convenios docente-asistenciales. El decano Palacios presentó el mencionado Decreto ante el Consejo e hizo énfasis en el punto referente a los laboratorios, pues existía un déficit claro en este aspecto. Su presentación estuvo acompañada de una propuesta de acción soportada en una serie de documentos previamente elaborados por los respectivos jefes de Departamento, en los cuales se presentaron los requisitos básicos para cumplir con las exigencias del gobierno⁷⁷.

Como producto de los requerimientos establecidos en el Decreto 917 de 2001, se llegó a la conclusión de que era muy importante contar con un Laboratorio de Biología Celular y Molecular que cumpliera con los más altos estándares del momento. Se aprobó su construcción y dotación en el espacio que ocupaba el auditorio de la Quinta de Mutis.

⁷⁶ Decreto Presidencial n.º 0917, del 22 de mayo de 2001: http://www.fumc.edu.co/wp-content/uploads/resoluciones/arc_938.pdf

⁷⁷ Acta n.º 68 del Consejo Académico del 24 de septiembre de 2002: 2.

Para el bioterio y las salas de cirugía experimental se propuso suscribir un convenio con la Universidad de La Salle, sede Bogotá, con el objeto de poder llevar a cabo las actividades de cirugía experimental en sus laboratorios. A los demás se les harían las adecuaciones necesarias para cumplir con las exigencias del decreto⁷⁸.

Nuevas exigencias estatales de adecuación al nuevo sistema de créditos académicos

En la sesión del Consejo Académico del 22 de octubre, Catalina Valencia González, secretaria académica encargada, presentó el decreto de la Presidencia de la República n.º 808 del 25 de abril de 2002⁷⁹, refrendado por el presidente Pastrana Arango, relacionado con el establecimiento del sistema de créditos académicos como mecanismo de evaluación, de calidad, transferencia estudiantil y cooperación interinstitucional⁸⁰.

De acuerdo con el artículo 1.º de dicho decreto, la cuestión consistía en que,

[...] para efectos de evaluación de estándares de calidad de los programas académicos, y de movilidad y transferencia estudiantil, de conformidad con el artículo 5 del presente decreto, las instituciones de educación superior, expresarán en créditos académicos el tiempo del trabajo académico del estudiante, según los requerimientos del plan de estudios del respectivo programa, sin perjuicio de la organización de las actividades académicas que cada Institución defina en forma autónoma para el diseño y desarrollo de su plan de estudios⁸¹.

El consejo consideró que era importante “[...] aclarar algunos conceptos con Planeación y con el Departamento Jurídico, tales como la adaptación de la fórmula de créditos a la Facultad de Medicina con las normas

⁷⁸ Ídem.

⁷⁹ Decreto 0808 de abril 25 de 2002: https://www.mineduacion.gov.co/1759/articles-86111_archivo_pdf.pdf

⁸⁰ Acta n.º 69 del Consejo Académico del 22 de octubre de 2002: 2.

⁸¹ Decreto 0808 de abril 25 de 2002: 1. https://www.mineduacion.gov.co/1759/articles-86111_archivo_pdf.pdf

de ASCOFAME y la equivalencia de las horas de práctica clínica con horas de trabajo individual de los estudiantes”. Por lo tanto, se planteó que se hicieran las consultas del caso y que se presentara una propuesta sobre el tema en una próxima reunión del Consejo Académico⁸².

Creación del Programa de Tutores Pares

En esta misma reunión del Consejo Académico Andrés Isaza Restrepo presentó la propuesta definitiva para crear el Programa de Tutores Pares. Este proyecto había sido preparado por el profesor Isaza Restrepo y el colegial Alejandro Quiroga Chad y presentado al decano Pastrana en su momento, quien le dio todo su respaldo. El proyecto incluía el reconocimiento económico y de créditos académicos para los estudiantes seleccionados (Isaza Restrepo et al., 2006: 127).

La iniciativa respondía a metas pedagógicas como la formación, el entrenamiento en competencias especializadas y la promoción de habilidades para pensar. Los objetivos de este programa incluían generar mecanismos institucionales de pares que facilitaran la interrelación entre estudiantes, docentes y directivas de la Facultad; proporcionar a los discentes un espacio para la construcción de conocimiento junto a pares más avanzados en su formación; proporcionar el desarrollo de valores éticos y generar un espacio para la exploración de intereses académicos específicos y de actitudes potenciales de los estudiantes para la docencia. Se pretendía, así mismo, orientar, fomentar y propiciar un ambiente de acompañamiento y de apoyo académico en aras de la excelencia, con el fin de propender por la transmisión de la identidad rosarista, al facilitar la adaptación de los estudiantes a las actividades que implicaban el ingreso a la Universidad y el cambio de un semestre a otro (Isaza Restrepo et al., 2006: 123-124).

Para realizar su propuesta, Isaza y Quiroga Chad se basaron en psicólogos como Jean Piaget y Lev S. Vygotsky, quienes afirmaban que el conocimiento era un proceso de elaboración continua de estructuras que se articulaban en respuesta a la interacción con la sociedad. El concepto de “Zona de Desarrollo Próximo” de Vygotsky les sirvió, en particular, para su propuesta porque establecía que un niño aprende a resolver problemas

⁸² Acta n.º 69 del Consejo Académico del 22 de octubre de 2002: 2.

a partir de la colaboración, tanto de una figura docente como de la de sus pares. De este modo, el aprendizaje humano presupone una naturaleza social específica y un proceso donde los estudiantes pueden crecer dentro de la vida intelectual de quienes lo rodean. Aquí, los participantes en el programa subordinan su comportamiento a las reglas del grupo, despertando así una serie de procesos de aprendizaje que solo resultan de la interacción con los pares y que posteriormente le permiten regular su comportamiento de forma independiente. De esta manera, la dirección del flujo del pensamiento no es desde el individuo hacia lo social, sino desde lo social hacia el individuo (Isaza Restrepo et al., 2006: 124-126).

En esa reunión del Consejo del 22 de octubre, el rector destacó la importancia de la figura en la Facultad, pues permitiría “contar con un grupo de personas calificadas de las cuales se pueden sacar eventualmente candidatos para otras actividades de la Universidad” y preguntó si el proyecto se articulaba con la política de tutores de la Universidad. Los proponentes aclararon que este fue cotejado con los proyectos de otras facultades de la Universidad. En esas condiciones, el Consejo Académico aprobó la propuesta. Se acordó, además, que se abriera una convocatoria para que las diferentes áreas de la Facultad enviaran a la Secretaría Académica sus solicitudes de Tutores Pares, con el fin de iniciar el proceso de selección y asignación de estos. De igual manera, el Consejo estableció que se distribuyeran 11 tutores para 40 áreas, pero que el número de tutores se podría aumentar de acuerdo con la disponibilidad presupuestal⁸³. Como se mencionará más adelante, este ha sido un programa exitoso y con un impacto muy positivo en la comunidad académica y ha sido replicado, con otras denominaciones, en otras Facultades y Escuelas de la Universidad.

El Grupo de Investigación Clínica y la creación del Centro de Investigación Clínica de la Universidad del Rosario (CICUR)

El desarrollo del Grupo de Investigación Clínica que, como dijimos atrás, había sido creado en el año 2000, estuvo acompañado del diseño y la dotación de una infraestructura física para la conducción de este tipo de estudios, que

⁸³ Acta n.º 69 del Consejo Académico del 22 de octubre de 2002: 2.

permitió consolidar el Centro de Investigación Clínica de la Universidad del Rosario (CICUR).

En efecto, dicho Centro fue creado por la iniciativa de los profesores Angela María y Jaime Enrique Ruiz Sternberg, y se inauguró el 17 de octubre de 2002. Este fue el primer Centro, adjunto a una universidad, que estaba dispuesto y capacitado para hacer investigación en seres humanos en Colombia, y que contaba con una alianza importante con un comité de ética consolidado en la propia Facultad de Medicina. Con estas condiciones, el grupo tuvo la oportunidad de participar en el Programa de Estudios Clínicos relacionados con la vacuna del Virus del Papiloma Humano, iniciados en 2002. La envergadura e importancia clínica de este estudio permitió al grupo desarrollar capacidades importantes y consolidar un equipo formado y sólidamente estructurado para dar respuesta a los requisitos técnicos, éticos y regulatorios que rigen este tipo de investigación en el mundo.

Según relata Ángela María Ruiz, al iniciarse el Centro, sus miembros fueron contactados por Humberto Reynales Londoño, director médico para Colombia de Merck, Sharp & Dome (MSD), para que se vincularan a un *mega trial* que iba a llegar al país para realizar un estudio clínico sobre la vacuna del Virus del Papiloma Humano (VPH). Así, en el 2002, después de las debidas consultas con las diferentes instancias de la Universidad y de implementar los diferentes procedimientos para iniciar esta investigación, la cual contaría con estudiantes como sujetos del ensayo, el CICUR inició el llamado “Estudio futuro II” (Ruiz Sternberg, 2018).

El CICUR fue un ejemplo para implementar los centros de investigación clínica de diferentes instituciones académicas y médicas en el país. Desde este momento, el CICUR logró hacer una serie de investigaciones importantes por medio de financiación con la industria farmacéutica y, luego, con financiación propia (Ruiz Sternberg, 2018).

Durante los veinte años transcurridos desde su creación, el grupo ha contribuido de diferentes maneras al desarrollo del conocimiento en áreas de investigación clínica y epidemiológica. Sus dieciséis miembros actuales trabajan en cinco líneas de investigación: salud sexual y reproductiva, estudios epidemiológicos, evaluación de intervenciones, medicamentos y tecnologías en medicina clínica, promoción y prevención en salud por medio de actividad física, e investigación en genómica y metabólica.

Decanatura en propiedad de Leonardo Palacios Sánchez (2003-2014)

El 18 de noviembre de 2002, el administrador rosarista Hans Peter Knudsen Quevedo fue elegido rector de la Universidad del Rosario y, por medio del Decreto Rectoral n.º 765 del 23 de enero 2003, ratificó a Leonardo Palacios Sánchez como decano en propiedad de la Facultad de Medicina⁸⁴.

Aprobación definitiva de la Maestría en Ciencias con énfasis en Genética

Durante esta nueva etapa de la decanatura de Palacios se concretaron una buena parte de los proyectos que se venían planteando desde las decanaturas anteriores. El primero de ellos fue la aprobación definitiva del programa de Maestría en Ciencias, con énfasis en Genética, en febrero 21 de 2003. En efecto, en la reunión del Consejo Académico correspondiente a esta fecha, el profesor Ciro Casadiego Torrado presentó el documento final de propuesta de dicha maestría para someterla al proceso de su aprobación definitiva y Claudia Beltrán Bermúdez, directora administrativa y financiera de la Facultad, complementó dicho documento con el análisis de los aspectos financieros, demostrando su viabilidad. Igualmente, planteó que no era necesaria la contratación de nuevo personal, puesto que este funcionaría con la participación de profesores de carrera que estaban ya vinculados. Así mismo, anotó que la fecha límite propuesta por el Icfes para el inicio de este programa era el día 23 de marzo de ese año⁸⁵.

Al respecto, el Rector Knudsen Quevedo anotó que, aunque el Programa funcionaría con personal docente ya contratado, se hacía necesario especificar el porcentaje de tiempo que cada uno de los profesores destinaría a esta actividad. Por su parte, el decano informó que ya se había llegado a un acuerdo con Carlos Martín Restrepo Fernández, gestor de la maestría, estableciendo su tiempo de dedicación tanto en la parte de la enseñanza teórico-práctica en la Quinta de Mutis como en la docencia clínica en la

⁸⁴ Valga la pena anotar que durante un viaje que hizo el decano Palacios a China, en julio de 2003, la profesora Ana Isabel Gómez fue nombrada por el Rector como decana encargada (Gómez Córdoba, 2019-2020).

⁸⁵ Acta n.º 74 del Consejo Académico del 21 de febrero de 2003: 4-5.

Fundación Cardioinfantil-Instituto de Cardiología. El profesor Ciro Casadiego complementó su informe especificando que el Programa contaría con dos doctores y tres magísteres y que la Dra. en Biología Celular y Molecular, Sandra Ramírez Clavijo, dirigiría el recién creado Laboratorio de Biología Celular y Molecular. Igualmente informó que las líneas de investigación que para ese momento desarrollaba el Grupo de Genética eran:

- Síndrome del cromosoma X- frágil,
- Fibrosis quística, y
- Distrofia muscular de Duchenne.

Al respecto, el rector comentó la importancia de comenzar a poner en marcha nuevas líneas de investigación que superaran los intereses cognitivos del director del Programa y que se articularan con otras líneas de investigación de la Universidad. En ese sentido, Ángela María Ruiz mencionó que se estaba estudiando la posibilidad de asociar la investigación en genética con las Especialidades Médico Quirúrgicas relacionadas, como Medicina Materno- Fetal⁸⁶. Esta Maestría, que a la fecha de terminar este libro sigue funcionando, fue la primera que se abrió en la Facultad de Medicina y se ofreció a todos los profesionales de cualquier ramo de las ciencias de la salud. En consecuencia, el Laboratorio de Biología Celular y Molecular, a la sazón uno de los más modernos del país para ese momento, fue finalmente inaugurado por el rector Hans Peter Knudsen Quevedo el 3 de junio de 2003⁸⁷.

Aprobación e implementación del Programa de Tutores Pares

Otro de los programas cuyo inicio se definió durante este segundo período de la decanatura de Palacios fue el Programa de Tutores Pares. En la reunión del Consejo Académico, del 19 de mayo de ese mismo año 2003, la colegial Claudia Natalí Roa González, quien había asumido la función de coordinadora del Programa de Tutores Pares, presentó el reglamento que estaba vigente para este, así como las modificaciones que se proponían para

⁸⁶ Acta n.º 74 del Consejo Académico del 21 de febrero de 2003: 4-5.

⁸⁷ Acta n.º 79 del Consejo Académico del 3 de junio de 2003: 5.

el mismo. Se consideró que “debido a la intensidad horaria presencial y no presencial y comparándola con la de otras asignaturas electivas, a la tutoría par debe asignarse tres créditos académicos y no dos como se venía dando”. De la misma manera, se discutió que la remuneración asignada en ese momento para los tutores resultaba muy baja si se tenía en cuenta el costo de los desplazamientos que debían realizar por las diferentes instituciones. Se convino entonces elaborar una propuesta que superara esta dificultad y se decidió que se preparara una nueva versión del reglamento que incluyera las adiciones discutidas, para ser presentadas en una próxima sesión del Consejo⁸⁸.

Como consecuencia, en la reunión del Consejo Académico del 3 de junio, se presentó la propuesta definitiva de reforma del Reglamento de Tutores Pares, en la cual se establecía que los candidatos deberían haber cursado la(s) materia(s) en la(s) que pretendían ejercer su función; deberían hacer parte del tercio mejor calificado de su grupo y haber estado dentro del 10 % mejor calificado durante el semestre en que cursó la materia de la que pretendía ser tutor. Así mismo, debería presentar un examen de conocimientos sobre el área y una entrevista como parte del proceso de selección⁸⁹. Esta propuesta fue aprobada para su ejecución y ha tenido un impacto muy importante en el funcionamiento del Programa. Además de los beneficios señalados, los tutores pares recibirían a lo largo del semestre capacitación en docencia (Isaza Restrepo et al., 2006: 127).

Adicionalmente, y como lo mencionaban Isaza y colaboradores,

el reglamento le exige [a los aspirantes a tutores pares]: ser estudiante de pregrado de la Facultad y haber cursado de forma destacada la asignatura en la cual aspira a ser tutor; demostrar un interés particular para serlo, dado su gusto por la asignatura y el deseo de explorar sus inclinaciones hacia la docencia, y tener capacidad de liderazgo y un espíritu solidario para acompañar, motivar y fomentar un ambiente de estudio entre sus pares. (Isaza Restrepo et al., 2006: 126)

⁸⁸ Acta n.º 78 del Consejo Académico del 19 de mayo de 2003: 2.

⁸⁹ Reglamento Tutores Pares: Anexo acta n.º 79 del Consejo Académico del 3 de junio de 2003.

Como parte de esta iniciativa, el reglamento también contemplaba la designación de un profesor destacado, cada seis meses, como tutor par honorario del programa. Dicho profesor era escogido, en forma paralela, por el Consejo Académico de una terna elaborada por el Consejo Estudiantil y los participantes del programa⁹⁰.

Así mismo, por iniciativa de ese destacado grupo de estudiantes, se crearon las denominadas actividades de extensión y un concurso académico que involucraría estudiantes de los seis años de la carrera. Se elaboró un formato similar al de concursos de difusión masiva a través de la televisión. De esta manera, en 2004 se introdujo el Primer “Concurso de Medicina Joaquín Cajiao”⁹¹, cuya primera versión se implementó el 19 de noviembre de ese año, en el que participaron casi 200 estudiantes del programa de medicina y que en la actualidad mantiene el mismo nombre. Cada año se selecciona un tema, se designa un jurado y el día del concurso se otorgan premios a los ganadores. Esta iniciativa motivó también la creación del Concurso Académico Nacional de Medicina, la primera de ellas el 28 de mayo de 2005, con el apoyo del Laboratorio Pfizer (Isaza Restrepo et al., 2006: 130). Posteriormente, este Concurso se ha seguido llevando a cabo con el apoyo financiero directo de la Universidad.

Estos Concursos Académicos han tenido un alto impacto en la Universidad y otras Escuelas y Facultades, en particular, la Facultad de Economía, que adoptó un modelo similar. Esta versión del concurso denominada “Concurso Académico Nacional de Economía (CANE)” empezó a ser implementada desde 2009 y se ha venido realizando periódicamente⁹².

Implementación del sistema de créditos en el programa

Tal y como se mencionó en el acta n.º 69 del Consejo Académico del 22 de octubre del 2002, el programa de Medicina tuvo que ajustarse al sistema de créditos académicos exigido por el Decreto Presidencial n.º 808 de 2002.

⁹⁰ Reglamento Tutores Pares: Anexo Acta n.º 79 del Consejo Académico del 3 de junio de 2003.

⁹¹ Médico rosarista graduado de la primera promoción de la Cátedra de Medicina fundada por José Celestino Mutis y regentada por Miguel de Isla.

⁹² <http://www.urosario.edu.co/Home/Principal/Eventos/Facultad-de-Economia/Concurso-Academico-Nacional-de-Economia/>

Ese proceso se terminó con la aprobación de la distribución de créditos del décimo semestre, tal como figura en el Acta n.º 76 del Consejo Académico del 9 de abril de 2003⁹³. Quedó pendiente la aprobación de los créditos relacionados con el Internado Rotatorio (semestres 11 y 12).

En esta misma reunión del Consejo Académico se aprobó una modificación al número de créditos del décimo semestre, para cumplir con la exigencia del Código de Ética Médica, aprobado por la Ley 23 de 1981, que obligaba la enseñanza de la Ética Médica en los programas de medicina. En esta reunión se aprobó una disminución de créditos de las asignaturas (ver tabla “Distribución definitiva”) para incluir la Bioética, en relación con los créditos establecidos en la propuesta inicial (ver tabla “Propuesta inicial”).

Tabla 1. Propuesta inicial

Asignatura	Créditos
Psiquiatría	7
Medicina legal	5
Salud Pública y Gerencia en Salud	3
Electiva 1	3
Electiva 2	3

Tabla 2. Distribución definitiva

Asignatura	Créditos
Psiquiatría	6
Medicina legal	4
Salud Pública y Gerencia en Salud	3
Bioética	2
Electiva 1	3
Electiva 2	3

Es interesante anotar que en la base de datos Internet Archive aparece una tabla de los créditos exigidos por el Programa de Medicina, de la

⁹³ Acta n.º 76 del Consejo Académico del 9 de abril de 2003.

Facultad de Medicina de la Universidad del Rosario, en la cual estos aparecen distribuidos según se muestra en la tabla 3.

Tabla 3. Plan de estudios del Programa de Medicina para el 2002

Asignatura	Créditos
Indispensables	
Biología Celular y Molecular	8
Bioquímica Estructural	5
Neurociencias	5
Bioquímica Metabólica	5
Morfología Humana I	5
Morfología Humana II	5
Fisiología Humana	5
Bioquímica Aplicada	5
Inmunología	4
Patología	5
Medicina Tropical y Enfermedades Infecciosas	5
Genética Básica	4
Medicina Interna I	8
Medicina Interna II	8
Farmacología Clínica	4
Medicina Interna. Especialidades	8
Pediatría	11
Cirugía General	9
Especialidades Quirúrgicas	9
Ginecología. Obstetricia	15
Urología	4
Psiquiatría	7
Medicina Legal	5
Complementarias	
Genética Clínica	3
Farmacología Básica	3
Salud Familiar y Psicología	3

Asignatura	Créditos
Psicopatología	4
Semiología Psiquiátrica	3
Psicología del Desarrollo	3
Salud Pública y Gerencia en Salud	3
Medio Ambiente y Salud	3
Promoción en la Salud	4
Holoética Ética y Deontología	3
Sistema de Seguridad Social	3
Introducción al Medio Hospitalario	3
Institucionales	
Cátedra Rosarista	0
Ética	3
Constitución Política	3
Electivas	
Electivas	12

Fuente: Internet Archive (https://web.archive.org/web/20030701154236/http://medicina.urosario.edu.co/Programas_Academicos/Pregrado/index.asp#TOP). Información amablemente aportada por Carlos Yaya, MD.

Hasta el momento no hemos podido establecer la fecha exacta de elaboración de la tabla 3, en la cual aparece la Holoética, Ética y Deontología con 3 créditos, además de los 3 créditos de Ética exigidos por la Universidad para todas las carreras. Así mismo, figuran 7 créditos para Psiquiatría y 5 para Medicina Legal, hecho que contradice lo aprobado en esta reunión del Consejo. No aparece en las actas anteriores ni inmediatamente posteriores a la del 9 de abril de ese año mención a cambios en la estructura de créditos que expliquen el surgimiento de esta tabla que aparece en la página de la Facultad de Medicina de 2002, recogida por Archive.org⁹⁴.

No obstante, en el acta n.º 81 del Consejo Académico del 28 de julio de 2003, momento en el que el semestre 11 debería ingresar al sistema de

⁹⁴ Los autores suponemos que los cambios que se hayan realizado en la estructura de créditos del currículo debieron ser aprobados por el Comité Curricular. Desafortunadamente, no se han podido localizar en el archivo de la Facultad las actas entre 1994 y 2007.

créditos, el Consejo autorizó a la Facultad para hacer los ajustes del caso, considerando que esta tenía la autonomía para ello⁹⁵.

Revista Ciencias de la Salud

Debe destacarse el lanzamiento, el 30 de julio de 2003, de la Revista de Ciencias de la Salud de la Universidad del Rosario. El director de la Revista ha sido desde entonces Alberto Vélez Van Meerbeke y la editora, para el momento del lanzamiento, fue Angela María Pinzón Rondón. El Consejo Editorial estaba integrado por Javier Suárez, Carlos Moreno, Felio Bello, Karin Garzón, Jackeline Ospina, Luz Marina Martínez Peña y Leonardo Palacios.

La revista, en su etapa inicial se consolidó como un medio de difusión de las principales actividades, logros, investigaciones y escritos de la comunidad rosarista en temas relacionados con el área de salud. Por lo menos el 50 % de sus artículos son originales, y sus secciones eran Editorial, Actualizaciones, Estudios de Caso, Educación Médica, Nota Histórica y Notas (Vélez van Meerbeke, 2003: 5-10).

Esta Revista ha sido, sin duda, la de mayor perdurabilidad en la historia de nuestra Facultad y de la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud. Se publican tres números por año, y a lo largo de sus 15 años de existencia se ha registrado en los diferentes índices bibliográficos. Para la culminación de esta investigación, el Director es Alberto Vélez, la Editora es Virginia García, el Editor de la Sección de Estudios Sociales en Salud es Stefan Pohl-Valero, la gestora es María del Mar Agudelo y el Comité Editorial está integrado por Virginia García, Ángela María Pinzón, Amparo Mogollón, Alberto Vélez, Stefan Pohl-Valero, Claudia Mónica García López, Juan Alberto Castillo y Lilia del Riesgo.

Se profundiza el neoliberalismo conservador en salud en el país

Durante el gobierno de Álvaro Uribe Vélez y siguiendo los mandatos del acuerdo firmado con el Fondo Monetario Internacional (FMI) en 2002, se dio continuidad a la política neoliberal. En este sentido, Rafael Antonio Ballén afirmaba que en el campo de lo social, el gobierno de Uribe estuvo

⁹⁵ Acta n.º 81 del Consejo Académico del 28 de julio de 2003: 2.

“signado por dos premisas: la violación de las normas constitucionales y los dictados inmodificables del Fondo Monetario Internacional (FMI) y el Banco Mundial (BM)” (Ballén, 2006: 76). En ese sentido, deben señalarse la reforma laboral y la del régimen de pensiones, conocidas como “reforma de segunda generación”, debido a que daban continuidad a la política iniciada hacía más de una década. La reforma laboral (Ley 789 de 2002) continuó con el proceso de flexibilización del mercado de trabajo (Estrada Álvarez, 2004: 109). Según el acuerdo *stand by* con el FMI, ya mencionado, “esta reforma debería reducir los costos laborales mediante la prolongación de la jornada de trabajo y la reducción de los costos por concepto de pago de horas extras e indemnizaciones por despido”. Con esto se pretendía mejorar la situación del desempleo, ofreciendo más trabajo, pero más barato y precarizado. Esta reforma dejó en evidencia “la nueva tendencia del derecho laboral en la etapa neoliberal: en la mira de la regulación no está el trabajo ‘laboralizado’, pues este no solo se desregula, sino que las medidas del Estado se conciben para promover la ‘empleabilidad’” (Estrada Álvarez, 2004: 109).

Durante la segunda legislatura del Congreso, en 2002, se aprobó también la reforma al régimen de pensiones, Ley 797 de 2002, concebida como una parte esencial del paquete de “ajuste fiscal estructural”. Siguiendo el acuerdo con el FMI, la reforma debería reducir “el valor presente neto de los pasivos pensionales del sector público de 210 a 158 % del PIB”, lo cual aumentaría los ahorros fiscales del 0,1 % del PIB en 2003 a 1,0 % en 2010, momento en que entraría en vigencia el nuevo régimen. Para esto la reforma aumentó el número de semanas a cotizar y se aprobó un incremento del monto de las contribuciones, “aunque la reforma no logró suprimir los regímenes especiales aún existentes” (Estrada Álvarez, 2004: 109).

Así mismo, y utilizando el mecanismo de otorgar facultades extraordinarias al presidente por parte del Congreso, se continuó la reestructuración neoliberal para disminuir el tamaño del Estado: “Mediante la expedición de más de cien decretos presidenciales se procedió a una reducción del empleo público que afectaría a cerca de 50.000 servidores públicos”. Igualmente, se procedió a la liquidación de empresas estatales y su privatización para crear nuevas sociedades anónimas con el mismo nombre, como fue el caso de Telecom.

Por otra parte, comenzó a planearse el mismo tipo de reestructuración para ser aplicada en Ecopetrol y la flexibilización presupuestal, pues se pretendía:

[...] avanzar en el propósito de flexibilización presupuestal [...] para disminuir una proporción muy alta del gasto público [que] está determinada por obligaciones estatutarias, legislación o normas constitucionales, algunas veces bajo la forma de rentas de destinación específica [...] lo que hace del presupuesto un instrumento de política ineficaz un re-direccionamiento oportuno de recursos en la medida en que cambian las prioridades. (Estrada Álvarez, 2004: 110)

Esto se planteaba de esta forma para poder “garantizar en el mediano y largo plazo el pago de la deuda pública y las tareas del Estado en materia de seguridad y justicia [...] afectando claramente las condiciones de financiación de derechos fundamentales”, como la salud y la educación. Todo esto sustentado en el hecho de que con el resultado electoral se había configurado “un consenso político en sectores de las élites dominantes para avanzar en la construcción de un Estado autoritario”. Todo esto porque la apuesta por una salida militar al conflicto armado demandaba la disposición de crecientes recursos del presupuesto, pero el uso de estos tenía que ser selectivo para que no afectase los gastos para financiar la guerra (Estrada Álvarez, 2004: 110).

En lo que respecta a cómo esta política afectó a la salud, Ballén decía, en 2006, que “el contraste entre la prioridad de la guerra y el descuido de la calidad de la vida de la población no puede ser más elocuente: se cierran hospitales y se abren batallones” (Ballén, 2006: 77). Esto lo afirma basándose en los informes que presentaba en 2004 el libro *Reelección: el embrujo continúa. Segundo año de gobierno de Álvaro Uribe* (Ossa Escobar, Uribe de Hincapié & varios, 2004). Decía además, basándose en Luis Jorge Garay, que “[...] hoy, el 46% de la población no tiene acceso a los servicios de salud básica, y a muchos profesionales y auxiliares del personal hospitalario se les adeudan varios meses de salario” (Ballén, 2006: 77; Garay, 2003: 42). De hecho, en

ese momento había 79 hospitales de 20 departamentos del país en crisis⁹⁶. Como lo confirmaba Juan Carlos Giraldo⁹⁷, en entrevista concedida a Yamid Amat, “[...] cerca del 70 por ciento de los hospitales universitarios tiene dificultades [...]. El régimen subsidiado se ha convertido en una fuente de recursos enormes. [...] Cada año mueven 2,5 billones de pesos, [...] pero le están metiendo la mano a esos dineros”.

Por otra parte, la salida militarista y guerrillerista requería también de una mayor financiación internacional. Para esto, Uribe recurrió a la prolongación del Plan Colombia, iniciado durante el gobierno de Pastrana, ahora ya no enfocado en perseguir a los narcotraficantes, sino a los “terroristas” (antes llamados guerrilleros o “alzados en armas”) (Estrada Álvarez, 2004: 110-111).

Creación de una novedosa Facultad de Medicina en Bogotá, organizada por “competencias”

En julio de 2004, abrió sus puertas la Facultad de Medicina de la Universidad de los Andes, en Bogotá, en convenio con la Fundación Santa Fe de Bogotá. El director general del proyecto había sido el afamado cirujano, educador médico, exrector de la Universidad Nacional de Colombia y exministro de salud, José Félix Patiño, vinculado a la Fundación y a la Academia Nacional de Medicina de Colombia. Patiño había tenido el apoyo de Gustavo Quintero Hernández, en su calidad de director de la División de Educación de la Fundación, a quien se le había encomendado la misión de coordinar el proyecto y llevar a feliz término la creación de la nueva Facultad y del currículo de esta.

Cuatro años había tomado el diseño y puesta en marcha de la nueva Facultad, en medio de los cuales el profesor José Félix Patiño sufrió graves quebrantos de salud que lo hicieron retirarse de sus ocupaciones por cerca

⁹⁶ Quevedo, Norbey y García, Hugo (2004). “Radiografía de la crisis hospitalaria”. *El Espectador*. Bogotá, 10 de octubre: 2ª.

⁹⁷ Médico, presidente de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, máster en Salud y candidato a máster en Gestión de Servicios de Salud de la Universidad de Barcelona. Fue viceministro de Salud y Ministro de Salud encargado y es especialista en alta dirección del Estado de la Escuela de Alto Gobierno de la ESAP (Amat, 2004). “El ISS solo sirve para quebrar hospitales”. *El Tiempo*, domingo 3 de octubre: 1-23. <http://www.yamidamat.com.co/entrevista/el-iss-solo-sirve-para-quebrar-hospitales/132>.

de un año. Ante esto, Quintero, a solicitud de Roberto Esguerra, director general de la Fundación para ese entonces, debió asumir la conducción académica plena del proyecto, quien, acompañado de un importante equipo compuesto por miembros de la Fundación y de la Universidad, lo condujo a feliz término, logrando el reconocimiento como la Facultad n.º 51 del país, en enero de 2004. El nuevo programa inició con la primera cohorte en julio de ese mismo año (Quintero Hernández, 2019-2020). Según la propia Institución:

La Universidad de los Andes creó la Facultad de Medicina sobre la base de un modelo curricular pedagógico, disciplinar, dinámico y actualizado, con el propósito de educar un médico con formación sólida en humanidades y ciencias sociales, en la abundancia del conocimiento científico globalizado, familiarizado con la tecnología, con una fuerte ética personal y profesional, innovador, coherente y preparado para servir a un país y un mundo en constante cambio. (Universidad de los Andes, 2019)

Según el prospecto de su Programa⁹⁸, este está diseñado para ser cursado en 12 semestres académicos y está compuesto por 251 créditos. Los programas de cada curso establecen un aprendizaje por competencias, cuyo proceso está alineado con los objetivos trazados y con una evaluación coherente con este modelo. De manera gradual, el estudiante desarrolla las competencias planteadas en el programa y un grupo de docentes expertos le ayudan a fortalecerlas para lograr un desempeño excepcional. Esto deberá permitir que el estudiante desarrolle de manera progresiva las competencias esperadas para un médico general. El programa se fundamentó en el modelo de la Universidad de Pennsylvania y en las competencias propuestas por el *Global Minimum Essential Requirements in Medical Education*, promovidas por el *Institute for International Medical Education* (IIME). El programa cuenta

⁹⁸ Tomamos esta información directamente del Prospecto publicado por la Universidad. No ponemos todo ese texto, que es largo, entrecomillado para no hacer farragosa la lectura, pero ponemos esta nota para dar el correspondiente crédito a la fuente de donde se tomó el texto (Universidad de los Andes. Facultad de Medicina, 2019).

8 dominios de competencias, cada uno con competencias específicas, y 14 actividades profesionales esenciales:

- *Cuidado y atención del paciente (CAP)*: Brinda atención centrada en el paciente que sea compasiva, apropiada y efectiva para el tratamiento de problemas de salud y la prevención de la enfermedad.
- *Conocimientos para la práctica (CPP)*: Demuestra conocimiento de las ciencias básicas médicas, clínicas, epidemiológicas y de comportamiento social, así como la aplicación de este conocimiento al cuidado de pacientes y poblaciones.
- *Aprendizaje basado en la práctica y el mejoramiento (ABP)*: Reconoce la importancia y las limitaciones de la práctica médica estandarizada y basada en la evidencia científica. Identifica problemas o inconsistencias en su práctica médica, busca y analiza críticamente la literatura para dar solución a los problemas planteados.
- *Destrezas de comunicación y relaciones interpersonales (C)*: Se comunica en forma verbal y escrita de manera oportuna, adecuada y efectiva con todo el personal de salud, el paciente y la familia.
- *Ética y Profesionalismo (EP)*: Cumple con las responsabilidades propias de su profesión y se comporta y propende para que la conducta de todo el personal de salud se mantenga dentro de los más altos estándares de profesionalismo y ética.
- *Calidad, seguridad y mejoramiento de la atención en salud (CS)*: Conoce el funcionamiento del sistema de salud, usa adecuadamente los recursos y trabaja de manera coordinada para garantizar la calidad, seguridad y continuidad de la atención en un contexto de sostenibilidad ambiental.
- *Desarrollo personal y profesional (PPD)*: Tiene las cualidades necesarias para cuidar y mantener su desarrollo personal y profesional a través de la vida.
- *Comportamiento académico y gestión del conocimiento (I)*: Se cuestiona, actualiza, sintetiza, aplica, gestiona y enseña los conocimientos y habilidades. Comprende y adquiere las habilidades básicas para investigar.

Los ejes del currículo son:

- *Ciencias Básicas*: Favorecen la adquisición de los conocimientos necesarios para el entendimiento y aplicación de las ciencias biomédicas dentro del proceso de aprendizaje.
- *Ciencias Biomédicas*: Permiten familiarizarse y entender los mecanismos de funcionamiento del cuerpo humano para explicar el proceso de salud y enfermedad.
- *Sistemas Integradores*: Preparan para la experiencia clínica mediante la aplicación de conceptos de ciencias básicas por sistemas orgánicos basados en fisiopatología, semiología clínica y diagnóstica y terapéutica, lo que favorece el desarrollo del razonamiento clínico.
- *Módulos Selectivos*: Definen el perfil final de formación del aspirante a médico al permitirle seleccionar un área de su interés; su profundización y fortalecimiento dependerán del talento individual y proyección. A partir de noveno semestre, las cinco grandes áreas de selectividad son:
 - Medicina Clínica y Hospitalaria
 - Atención Primaria
 - Salud Pública
 - Administración y gerencia (MD-MBA)
 - Investigación. (Universidad de los Andes. Facultad de Medicina, 2019)

Este currículo es realmente innovador por su organización por competencias, la inclusión de unos módulos de integración del conocimiento y la práctica por sistemas corporales y por la oferta de los cinco perfiles finales de grado. No obstante, cuando se revisa el plan de estudios⁹⁹, es notoria su orientación asignaturista con un alto peso en asignaturas biomédicas y clínicas. Con excepción de las de bioética y profesionalismo, y unas pocas humanidades que se toman en el módulo básico inicial común a todos los

⁹⁹ Véase Universidad de los Andes; Facultad de Medicina (s.f.). Plan de Estudios. <https://medicina.uniandes.edu.co/programas/pregrado/plan-de-estudios>

estudiantes de la Universidad, no aparecen por ningún lado las ciencias sociales aplicadas al análisis de la salud y de la enfermedad, ni al análisis crítico de los procesos de profesionalización, de la práctica médica y de la atención en salud, ni de las relaciones entre la medicina, la salud y la enfermedad con las políticas y procesos de gubernamentalidad del Estado.

Primera renovación de la Acreditación

En la sesión 89 del Consejo Académico del 5 de mayo de 2004 se dio inicio a la visita de los pares académicos designados por el Consejo Nacional de Acreditación (CNA): Josefina Lopera Jaramillo, salubrista, profesora de la Facultad de Medicina del Instituto de Ciencias de la Salud (CES) de Medellín y Germán Gamarra Hernández, profesor de Medicina Interna y Nefrología de la Facultad de Medicina de la Universidad Industrial de Santander¹⁰⁰. Como parte de la visita, los pares académicos tuvieron la oportunidad de reunirse con estudiantes, profesores, egresados y representantes de entidades en las cuales laboraban médicos rosaristas. Igualmente conocieron las instalaciones de la Quinta de Mutis, incluyendo el recientemente inaugurado Laboratorio de Biología Celular y Molecular, y visitaron la Fundación Cardioinfantil, el Centro de Salud de la Ciudadela Colsubsidio y la Clínica Misael Pastrana Borrero, centros de práctica de la Facultad.

Como resultado de esta visita, los pares presentaron su informe verbal el día 7 de mayo en la reunión número 90 del Consejo Académico, en el cual señalaron que la versión escrita de dicho informe sería enviada al Ministerio de Educación Nacional, teniendo en cuenta los documentos remitidos por la Facultad y por la Universidad, el informe previo del Consejo Nacional de Acreditación de 1999, el informe de Autoevaluación entregado en junio de 2003, el Informe de Actualización enviado en abril del presente año y lo observado en la visita.

El profesor Gamarra, coordinador de esta, comentó que “el objetivo del informe [era] destacar algunos aspectos importantes relacionados con fortalezas y debilidades encontradas en el proceso de búsqueda de la calidad

¹⁰⁰ Acta n.º 89 del Consejo Académico del 5 de mayo de 2004: 2.

que se lleva a cabo en la Facultad”¹⁰¹. Al respecto, el profesor tuvo en cuenta los siete factores de análisis que el CNA consideraba para la época:

1. Proyecto Educativo Institucional.
2. Estudiantes y profesores.
3. Procesos académicos.
4. Bienestar institucional.
5. Organización, administración y gestión.
6. Egresados e impacto sobre el medio.
7. Recursos físicos y financieros.

Con respecto al primer factor, la Comisión reconoció la fortaleza de la Facultad respaldada por el prestigio de la Universidad del Rosario y a la coherencia del propio Proyecto y sus desarrollos hacia la investigación y la modernización. No obstante, Gamarra recalcó la falta de conocimiento sobre la misión y el programa de parte de los estudiantes y profesores¹⁰².

En relación con el segundo factor, la Comisión resaltó la alta deserción y mortalidad académica que llegaban hasta el 50 % con una desproporción importante entre el gran número de estudiantes para el número de profesores y los recursos locativos y la infraestructura. Aunque para muchos estudiantes la mortalidad se debía a la búsqueda de la excelencia, reflejada en la alta exigencia, la Comisión recomendó estudiar el asunto para ver si realmente se debía a eso.

En lo relacionado con los profesores, la Comisión consideró que “el [nuevo] estatuto profesoral era exigente y claro, pero aparentemente no [era] equitativo con los docentes vinculados [desde hacía] mucho tiempo a la facultad, que a la larga [podrían] salir afectados en su escalafón”. Recomendó a la Facultad continuar estudiando esta situación¹⁰³.

Con respecto al tercer factor, Gamarra resaltó el trabajo de ajuste curricular, su adecuación a las nuevas tendencias en la educación médica y su acomodación al sistema de créditos. Destacó así mismo el proceso de

¹⁰¹ Acta n.º 90 del Consejo Académico del 7 de mayo de 2003: 2.

¹⁰² Ídem: 2.

¹⁰³ Ídem: 2-3.

transición del modelo de una formación centrada en un gran hospital universitario, a una sede propia en transformación, apoyada en varios convenios docente-asistenciales, entre los que se destacaban la Fundación Cardio-Infantil, el Hospital Universitario Clínica San Rafael, la Red Asistencial de Colsubsidio y la Red Asistencial del Instituto de Seguros Sociales. Así mismo, mencionó que se observó el trabajo desarrollado en pro de la flexibilización curricular, lo que se hacía más manifiesto en el año de internado, menos en el resto de la carrera y mucho menos en los primeros semestres donde el programa todavía era rígido¹⁰⁴.

Aquí vale la pena anotar que en la primera visita para la Acreditación del programa no se contaba todavía con grupos de investigación y el Departamento de Salud Pública no estaba en funcionamiento en ese momento, siendo esta una cuestión que los pares del momento señalaron como una debilidad y sobre la cual se estableció un plan de mejoramiento. Como parte de este, se estableció la reapertura de Salud Pública con el nombre de Departamento de Salud Pública y Gestión en Salud, dirigido por Catalina Latorre Santos y un fortalecimiento del departamento de investigación, que llevó a la creación de varios grupos de investigación. En este sentido, el comisionado Gamarra destacó en su informe el importante desarrollo del área de Salud Pública que le permitía prácticas y desarrollo a los estudiantes en esta área; igualmente, anotó que la investigación, aunque era un proceso relativamente reciente, había hecho importantes aportes para mostrar al público y contaba con producción reconocida. No obstante, hizo hincapié en que se hacía necesario fortalecer la formación de los investigadores y teniendo en cuenta que en el futuro se iría a requerir inversión en infraestructura moderna y en mayor reconocimiento a los investigadores con estímulos económicos, así como con la protección del tiempo necesario para investigar¹⁰⁵.

Sobre el cuarto factor, la Comisión opinó que, al igual que en otras facultades de la ciudad, la intensidad del plan de estudios y su rigidez, así como la distancia entre las sedes y los hospitales, hacían difícil que los estudiantes y los profesores pudieran aprovechar los escasos recursos de

¹⁰⁴ Idem: 3-4.

¹⁰⁵ Ídem: 3-4.

Bienestar Universitario que existían tanto en el Claustro como en la Quinta de Mutis¹⁰⁶.

En lo relacionado con el quinto factor, Gamarra resaltó la organización y el liderazgo de la Facultad, aunque comentó que era necesario reforzar la comunicación entre los diferentes escenarios, incluidos los centros de práctica. Así mismo, aplaudió la figura de los Colegiales, ya que esta permitía que los estudiantes no fueran elementos pasivos, sino participativos e influyentes en la vida universitaria y en la toma de decisiones, incluyendo la elección del rector y de los Consiliarios¹⁰⁷.

Con respecto al factor seis, Gamarra afirmó que,

Se observa que los egresados han pasado de tener identidad con el Hospital de San José a tener identidad y espíritu Rosarista. Los egresados Rosaristas están ampliamente posicionados en el país y ocupan cargos importantes en el sector. Se observa que la formación universitaria que brinda el Rosario les permite tener un importante desarrollo en el futuro, el estudiante adquiere claridad en su formación que le permite continuar con el proceso de crecimiento y desarrollo, el paso por la facultad deja claro que es un proceso inicial que debe ser continuado con un proyecto de vida. Se observa el apoyo claro de la Universidad en este desarrollo futuro y se observa la identidad que tiene el egresado con la institución. Todo esto se refleja en el apoyo que tienen los estudiantes cuando llegan a instituciones donde se encuentran con egresados Rosaristas¹⁰⁸.

Sobre el factor siete, se observa que la estructura física es adecuada, pero debe modernizarse y hacerse más cómoda y agradable. A pesar de su solidez financiera, se hace necesario fortalecer las finanzas de la Facultad para involucrar más a la investigación y modernizar la sede¹⁰⁹.

¹⁰⁶ Ídem: 4.

¹⁰⁷ Ídem.

¹⁰⁸ Ídem: 4-5.

¹⁰⁹ Ídem: 5.

Posteriormente, la comisionada Josefina Lopera precisó en tres aspectos: 1) mortalidad académica; 2) comunicación de decisiones y procesos; y 3) procesos sistemáticos de autoevaluación.

Sobre el primer aspecto, consideró que deben estudiarse a fondo las verdaderas causas de la mortalidad y la deserción estudiantil para tomar los correctivos del caso sin afectar la exigencia y la calidad. Sobre el segundo aspecto, la comisionada Lopera recomendó “instaurar estrategias de comunicación directa con los miembros de la comunidad, explicar las medidas, las ganancias que implican y las pérdidas que pueden conllevar”. Así mismo, insistió en que se promoviera el acercamiento de la comunidad con la Universidad. De igual manera, recomendó que se introdujera el proceso de autoevaluación en la cultura organizacional, con retroalimentación y que tanto los docentes como los estudiantes tuvieran claro en dónde fallaban. Así mismo, sugirió que tanto el Programa de Medicina como la Universidad giraran en torno al proceso de evaluación permanente¹¹⁰.

Mientras la Comisión de pares designada por el CNA entregaba los resultados de su visita al Ministerio de Educación y este último tomaba las decisiones del caso, en la Facultad de Medicina se continuaba reflexionando sobre el currículo, a partir de las recomendaciones verbales que la Comisión había hecho durante su visita. En efecto, en el acta 97 del Consejo Académico del 12 de octubre de 2004, la secretaria académica, Alejandra Salcedo Monsalve¹¹¹, presentó una propuesta de renovación curricular tendiente a la reducción del número de créditos existentes, por considerarse que estaban excesivamente elevados. El Consejo propuso entonces formar una comisión de estudio curricular incluyendo cinco representantes de la Academia Nacional de Medicina¹¹².

Se planteó como lineamiento para ese estudio, partir de un nuevo perfil del egresado, teniendo en cuenta las exigencias del mercado laboral y de la educación médica mundial. Así mismo, se propuso que se debía redefinir o fortalecer el modelo del médico rosarista como estaba planteado o como

¹¹⁰ Ídem: 5.

¹¹¹ Alejandra Salcedo Monsalve fue Secretaria Académica de Medicina desde 2004 hasta 2006, año en que la reemplazó César Ochoa Riaño.

¹¹² Acta n.º 97 del Consejo Académico del 12 de octubre de 2004: 2-3.

lo podría requerir la transformación. Se planteó, además, que en el estudio participasen los coordinadores con el fin de establecer los requerimientos que debía tener un médico general en el contexto nacional, pues se comentó que los estudiantes estaban recibiendo mucha más información de la necesaria para su nivel y que aún la carga presencial era alta en asignaturas básicas. Igualmente se propuso que se analizaran las tendencias curriculares existentes en las universidades pares, incluyendo las de América Latina¹¹³. La propuesta venía acompañada de un esquema gráfico en el que se mostraba una visión panorámica del currículo vigente (ver figura 1).

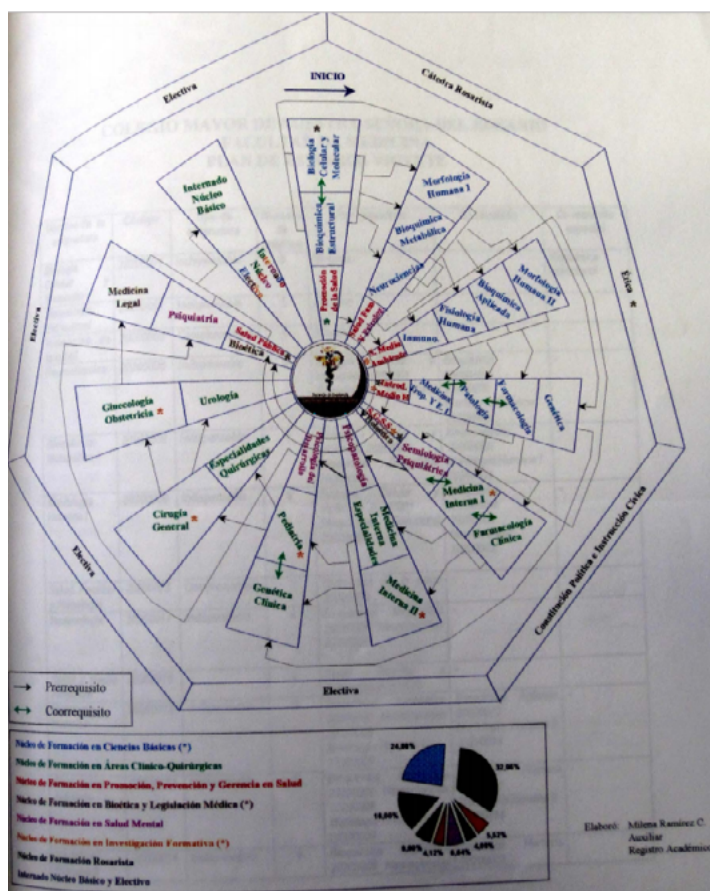


Figura 1. Propuesta del currículo integrado de medicina

¹¹³ Acta n.º 97 del Consejo Académico del 12 de octubre de 2004: 2-3.

Entre tanto, mientras la Comisión de reforma creada por el Consejo Académico estudiaba y discutía las posibilidades de cambio curricular, se recibió la noticia de que el Ministerio de Educación, mediante la Resolución n.º 3863 del 25 de octubre de 2004, había otorgado la acreditación al Programa de Medicina por un período de 5 años más. Sin embargo, en su informe, los pares habían recalcado que “[...] una nueva acreditación [...] puede ser renovada aún por un lapso mayor, si se atiende a las recomendaciones, se aplican los correctivos a las debilidades, y se aumentan las fortalezas señaladas en este concepto y en el informe de los pares académicos”¹¹⁴.

Paralelamente, la Universidad del Rosario, en el año 2003, cumplía ya las condiciones para presentarse ante el Consejo Nacional de Acreditación (CNA), como Universidad, con el objeto de considerar la posibilidad de su acreditación institucional¹¹⁵. Después de un trabajo liderado desde la rectoría, ejercida en ese momento por Hans Peter Knudsen Quevedo, y como resultado del esfuerzo colectivo de los distintos estamentos de la Universidad, orquestado por el Comité Técnico de Autoevaluación, se preparó un documento oficial de la Universidad titulado “Informe de Autoevaluación Institucional, 2004”, en el cual se presentaban los resultados del proceso interno de análisis de las condiciones actuales, tanto desde el punto de vista misional como administrativo, financiero y académico. El documento fue enviado al CNA para su evaluación y designación de pares evaluadores (Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, 2004).

La visita de la comisión de pares evaluadores se llevó a cabo los días 4, 5 y 6 de mayo de 2005 y estuvo conformada por Humberto Aristizábal Giraldo como coordinador, Ignacio Berdugo Gómez de la Torre como par internacional, Ricardo Zuluaga Gil y Carlos Miguel Ortiz Sarmiento como pares nacionales y Claudia Villa Uribe como relatora. El 26 de mayo de 2005, estos pares entregaron al CNA su Informe de Evaluación Externa con fines de Acreditación Institucional de la Universidad Colegio Mayor de Nuestra

¹¹⁴ Presentación en Power-Point sobre el proceso de renovación de la acreditación, amablemente aportada por su autora, Jackeline Ospina Rodríguez, coordinadora de Auto-regulación y Acreditación Institucional de la Universidad del Rosario.

¹¹⁵ Entre estas condiciones estaban la de contar con cinco programas acreditados de disciplinas diferentes que, para esa fecha eran Jurisprudencia, Economía, Medicina, Fisioterapia y Filosofía.

Señora del Rosario. Con la ratificación del CNA, dicho Informe fue enviado a la Rectoría de la Universidad el 8 de junio 2005 (República de Colombia. Consejo Nacional de Acreditación, 2005).

La evaluación fue realizada teniendo en cuenta los siguientes factores:

1. Misión y Proyecto Institucional
2. Estudiantes y Profesores
3. Procesos Académicos
4. Investigación
5. Pertinencia e Impacto Social
6. Autoevaluación y Autorregulación
7. Bienestar Institucional
8. Organización, Gestión Y Administración
9. Recursos de Apoyo Académico y Planta Física
10. Recursos Financieros

La Misión y el Proyecto Institucional fueron valorados con la máxima calificación de 100/100 por su coherencia y pertinencia, sus orientaciones y estrategias educativas y por la formación integral que les brindaba a los estudiantes. El factor de Estudiantes fue calificado con 80/100, por la equidad en la admisión y la permanencia y terminación oportuna. Sin embargo, se consideró como una debilidad la deserción de los estudiantes en primer semestre y la baja movilidad estudiantil en intercambios (República de Colombia. Consejo Nacional de Acreditación, 2005: 12-28).

El factor de Profesores fue calificado con un puntaje de 87/100. Para esto se tuvieron en cuenta las reglamentaciones para la vinculación y permanencia docente, la consistencia entre la docencia, la investigación y la extensión, en su relación con la misión de la Universidad. A pesar de la cantidad adecuada de los profesores, de su preparación profesional y de sus facilidades para desarrollar una carrera académica, se consideró que se debía fortalecer la planta de profesores con doctorado, así como estimular su vinculación a comunidades internacionales y aumentar el número de profesores de planta (República de Colombia. Consejo Nacional de Acreditación, 2005: 14-15).

En el factor de Procesos Académicos la valoración fue de 73/100. En este se evaluaron la interdisciplinariedad y flexibilidad, así como los procesos

de pregrado y posgrado. La Comisión consideró que los lineamientos para la gestión curricular eran claros y aseguraban la calidad, conservando su compromiso histórico con la formación humanística y ética. En cuanto a la investigación, era evidente la definición de políticas e incentivos, el crecimiento de los grupos de investigación y la producción académica de estos, en coherencia con el ideal de una Universidad de docencia que hace investigación. Así mismo, propuso incentivar el trabajo inter y transdisciplinar (República de Colombia. Consejo Nacional de Acreditación, 2005: 16-17).

El factor de Pertinencia e Impacto Social fue calificado con 85/100. Se evaluaron la contribución de los egresados, la institución y su entorno, y su articulación al sistema educativo. La Comisión resaltó que la Universidad tenía claridad con su compromiso con la sociedad y con el país, el cual se concretaba en los proyectos, acciones y debates públicos sobre las problemáticas nacionales y la construcción del capital humano y social. De igual manera, se advirtió el alto sentido de pertenencia de los egresados a la Institución, a la cual le reconocieron su labor formativa. Recomendó fortalecer la Oficina de Egresados, sus bases de datos y mecanismos de información y divulgación, así como su articulación con el sector laboral (República de Colombia. Consejo Nacional de Acreditación, 2005: 18-19).

Al factor de Autoevaluación y Autorregulación la Comisión le dio el puntaje de 100/100, debido a los avances en el modelo de aseguramiento de la calidad, que habían permitido instaurar una cultura de la autoevaluación, con amplia participación de la comunidad universitaria. Igualmente, resaltó la responsabilidad de la Universidad con la calidad, la cual se reflejaba en sus políticas y planes de desarrollo, y en sus acciones y resultados. No obstante, recomendó fortalecer la adopción de un sistema de indicadores de gestión académica (República de Colombia. Consejo Nacional de Acreditación, 2005: 20).

El factor de Bienestar Institucional fue puntuado con 83/100. La Comisión comentó que la Universidad contaba con unidades especializadas, con estrategias y un equipo humano altamente comprometido con el bienestar y la consolidación de la comunidad. Así mismo, recalcó que el clima institucional positivo, unido a la estructura de gobierno, favorecía la participación activa y comprometida de todos los actores. Sugirió mejorar

el acceso de estudiantes de posgrado y profesores a servicios del bienestar (República de Colombia. Consejo Nacional de Acreditación, 2005: 21).

Al factor de Organización, Gestión y Administración le dio el puntaje de 89/100. Comentó que la administración y la labor académica permitían una gestión eficiente, responsable y sostenible. En efecto, se contaba con políticas, infraestructura y plataformas tecnológicas de apoyo que permitían el logro de altos índices de productividad y eficiencia. El liderazgo de la dirección de la Universidad para convocar el apoyo de la comunidad le había permitido emprender proyectos de innovación y de mejoramiento continuo. Sin embargo, consideró que se debían mejorar los procesos de comunicación interna (República de Colombia. Consejo Nacional de Acreditación, 2005: 22).

El factor de Planta Física y Recursos de Apoyo Académico se puntuó con 78/100. La Comisión resaltó la modernización tecnológica e informática que permitió el desarrollo armonioso de procesos académicos y administrativos. También destacó los desarrollos tecnológicos de punta que garantizaban el acceso a bases de datos, bibliotecas virtuales, redes y la utilización virtual por parte de los usuarios. Pero sugirió mejorar la disponibilidad y actualización de ejemplares bibliográficos, requeridos para algunos programas (República de Colombia. Consejo Nacional de Acreditación, 2005: 23-24).

El aspecto de los Recursos Financieros fue calificado con 100/100. La Comisión consideró que la Universidad contaba con una política presupuestal clara que permitía definir con precisión la asignación de recursos, de forma participativa; que la estructura financiera, por su parte, garantizaba la sostenibilidad y el cumplimiento de los objetivos de la institución, la cual mostraba, además de solidez patrimonial, unas finanzas consolidadas y un planeamiento financiero a mediano y largo plazo. Así mismo, resaltó que la estructura orgánica permitía la coordinación entre las áreas académicas y financieras, lo cual había redundado en la apropiación de una cultura institucional sobre el manejo del presupuesto. Las metodologías, el seguimiento y la evaluación periódica de la gestión financiera aseguraban una retroalimentación frente a la Misión y planes de acción de la institución (República de Colombia. Consejo Nacional de Acreditación, 2005: 25).

Después de evaluar todos estos factores y sus respectivas características, la Comisión calificó a la Institución con un valor de 87/100, lo cual implicaba un alto grado de calidad. Como consecuencia, el Ministerio de Educación

Nacional, mediante Resolución n.º 2567 del 30 de junio de 2005, le otorgó a la Universidad la acreditación institucional de alta calidad, por seis años (República de Colombia. Consejo Nacional de Acreditación, 2005: 26-27).

Paralelamente, el CNA adelantaba procesos de acreditación para programas de posgrado. Acorde con el propósito institucional, la Universidad decidió presentar ante dicho organismo todos los programas de posgrado acreditables. Como parte de esta decisión, se puso en marcha el proceso de autoevaluación con fines de acreditación de la Maestría en Genética. Entre el 25 y el 27 de mayo de 2005 se llevó a cabo la visita del profesor Jorge Mario Cárdenas Paredes, par académico designado por el CNA¹¹⁶.

Hacia el rediseño del nuevo currículo para el programa de medicina

Después de la primera renovación de la Acreditación de Alta Calidad del Programa de Medicina, por medio de la Resolución 3863 del 25 de octubre de 2004, el rector de la Universidad, Hans Peter Knudsen Quevedo, consideró que la acreditación no señalaba el final de un camino, sino el inicio de grandes desafíos para el programa, entre ellos poner en marcha un ambicioso plan de reforma curricular que incorporara los más modernos elementos de educación médica a nivel global.

En ese momento se planteaba ya que:

[...] uno de los hechos más relevantes de la transición entre el siglo XX al XXI, con relación a las ciencias de la salud, es el cambio que se ha suscitado en el enfoque del proceso salud enfermedad; la medicina contemporánea se ha fundamentado en el modelo biomédico caracterizado por una visión empírico-positivista de las ciencias. Esta aproximación fue de gran utilidad en el pasado debido a que permitió superar el enfoque mágico-religioso de la medicina del medioevo, al develar la fisiopatología y semiología de las enfermedades, dando impulso al desarrollo de la medicina anatómica, patológica y clínica, aunque también fue responsable de una comprensión reduccionista y técnica del ser humano enfermo,

¹¹⁶ Acta n.º 104 del Consejo Académico del 25 de mayo de 2005.

dado que concentró su interés en la enfermedad y no en la salud, lo cual determinó la visión del paciente como un cuerpo enfermo, fragmentado en sistemas, órganos, tejidos y células, trastornado solo por fenómenos bioquímicos o biofísicos, con un gran énfasis en la práctica médica de la aplicación de tecnología diagnóstica y terapéutica. (Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, 2005: 3)

Por otra parte, se decía que la enseñanza de la Medicina y, por lo tanto, los currículos,

[...] han estado bajo la influencia de este enfoque, del desarrollo de las ciencias, del modelo de práctica médica imperante y del desarrollo económico social existente. La educación médica tradicional está compuesta por el cuerpo biomédico en el que está ausente la esfera biopsicosocial, el objetivo principal es la transmisión de conocimientos y habilidades, el estudiante es un sujeto pasivo, en razón [a] que el conocimiento se encuentra en los docentes y en los textos de medicina principalmente. (Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, 2005: 3-4)

Y se tenía claro que, desde la Cumbre Mundial de Educación Médica (Edimburgo 1993), se venía desarrollando un movimiento internacional que pretendía,

[...] un cambio articulado entre la educación médica (modelo de educación centrado en el estudiante), la práctica médica y la organización de salud para formar médicos que respondan a las necesidades económico-sociales, nacionales y globales, que sea capaz de enfrentar los avances científicos y tecnológicos y que favorezca una mirada integral biopsicosocial de la persona, en el ámbito individual, familiar, comunitario, laboral, escolar y medio ambiental del proceso salud-enfermedad en las fases de promoción, prevención de la salud, y diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad, pero con un ánimo anticipatorio de esta. (Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, 2005: 4)

Esto significaba que las instituciones universitarias que tenían facultades para la formación de profesionales en Medicina, Enfermería, Rehabilitación, Psicología y demás disciplinas del sector, no podían permanecer ajenas a las preocupaciones planteadas por la realidad que se mencionaba y que la educación y la instrucción que allí se impartía debía por fuerza cambiar, para que los egresados al iniciar su ejercicio no se encontrasen fuera de contexto y en contravía con lo que de ellos se esperaba y exigía, tanto en el ambiente laboral como en el seno de la sociedad que los recibía como personajes de especial importancia (Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, 2005: 4).

Entendiendo esto,

la Rectoría del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, bajo la responsabilidad del Señor Rector Hans-Peter Knudsen y el decanato de Medicina el doctor Leonardo Palacios, decidieron efectuar una revisión crítica de currículos vigentes en algunas escuelas de medicina tanto de Colombia como del exterior, con especial atención para las que tienen más altos estándares reconocidos en el mundo. (Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, 2005: 4)

Para tal efecto, en el año 2005, el rector Knudsen Quevedo creó el Comité de Análisis para la Reforma Curricular de la Facultad de Medicina. De dicho Comité hicieron parte el Vicerrector José Manuel Restrepo Abondano; el decano de la Facultad de Medicina Leonardo Palacios; Rafael Riveros, jefe de Departamento Quirúrgico y exrector de la Universidad; Nora Pabón, directora del Área de Calidad de la Universidad; Mónica Lizarralde, del Área de Planeación; Ana Isabel Gómez Córdoba, directora de Programa de Medicina; Ángela María Ruiz, jefe de Educación Médica; Juan Mauricio Pardo, jefe de Departamento de Ciencias Clínicas; Andrés Isaza Restrepo, director del Grupo de Investigación en Educación y representantes de los estudiantes. El Comité contó, además, con la participación del profesor Juan Mendoza-Vega, como asesor externo del proyecto (Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, 2005: 5).

Según el Informe de Gestión de la Facultad de Medicina, presentado por el decano Palacios al final de 2005, durante ese año se puso en marcha un Conversatorio sobre Educación Médica, el cual

[...] se inició con el análisis del artículo Requisitos globales mínimos esenciales en educación médica, publicado en la Revista Educación Médica, Vol. 6, Sup. 2, de Jul-Sept 2003, encontrando satisfactoriamente que nuestro currículo y plan de estudios abarca todos los aspectos allí planteados. Posteriormente, se consultaron las clasificaciones de las facultades de medicina en el mundo, encontrando los siguientes documentos Top 500 World Universities–Institute of Higher Education, Shanghai Jiao Tong University, y America’s Best Graduate Schools 2006: Top Medical Schools. Con esta base se identificaron las facultades de medicina que serían analizadas, incluyendo América Latina, Estados Unidos, Canadá y Europa. (Palacios Sánchez, 2005: 3)

Se seleccionaron entonces para su estudio las universidades de Harvard, Johns Hopkins, Washington en San Louis, Mc Gill, California-San Diego, Yale, Oxford, University College Londres, París VI, Heidelberg, y Autónoma de Madrid. Aunque en las clasificaciones consultadas solo aparecían únicamente dos universidades latinoamericanas se decidió incluir las siguientes: Universidad Autónoma de México, Universidad de São Paulo, Universidad Católica de Chile, Universidad de la Plata y Universidad de Buenos Aires en Argentina. De las universidades colombianas se decidió incluir a: Universidad Nacional de Colombia, Universidad de Antioquia, Universidad El Bosque, Pontificia Universidad Javeriana, Instituto de Ciencias de la Salud (CES) – Medellín y Universidad de los Andes. Durante el año 2005 se revisaron 6 de los programas curriculares propuestos. Se llevaron actas de las tres reuniones realizadas y de las presentaciones de soporte (Palacios Sánchez, 2005: 3).

En su primera fase este comité revisó el estado del arte de la educación médica, más de 600 currículos de los programas de medicina pertenecientes a las universidades más reconocidas del mundo y estableció las bases para adelantar la reforma. “Conscientes de que la medicina es un fenómeno que responde a tendencias sociales, se consideró de vital importancia incluir en el análisis las megatendencias para el siglo XXI, las tendencias en educación médica y en el sector salud, y la medicina para el siglo XXI” (Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, 2005: 5).

Como parte de la armonización con programas internacionales de educación médica se decidió la vinculación de Ana Isabel Gómez al proyecto

Tuning¹¹⁷ de América Latina (se participó en las fases I y II) y de Alejandra Salcedo Monsalve al proyecto 6x4 UEALC (Unión Europea, América Latina y el Caribe), con el fin de lograr información expedita y actualizada sobre las tendencias más recientes en la educación médica. Adicionalmente, la directora del Programa de Medicina realizó visitas a facultades pares, las cuales ya habían iniciado procesos de reforma curricular, para determinar, producto de las experiencias de estos, cuáles elementos deberían ser tenidos en cuenta durante el proceso (Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, 2005: 5).

Como resultado del trabajo de este comité, sus miembros escribieron un primer documento titulado *Lineamientos para la reforma curricular de la Facultad de Medicina* (Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, 2005). Este documento estudió los siguientes aspectos:

- Análisis prospectivo: megatendencias para el siglo XXI
- Prospectiva en la problemática de salud
- Tendencias en investigación para el siglo XXI
- Medicina del siglo XXI: la convergencia biotecnológica
- Evolución histórica del cuidado de la salud
- Hechos y tendencias del sector salud
- Errores históricos en la formación médica y recomendaciones
- Espacios laborales para el médico del siglo XXI
- Tendencias en educación
- Tendencias generales en la formación ciencias de la salud
- Tendencias generales en la educación médica
- Características que se relacionan con la calidad de los graduados
- Competencias profesionales en medicina
- Fortalezas y oportunidades de cambio de la Facultad de Medicina de la Universidad del Rosario
- Preguntas para el análisis de los currículos de medicina seleccionados

¹¹⁷ “El proyecto Alfa Tuning Latin America busca ‘ajustar’ las estructuras educativas que existen en América Latina, iniciando un debate cuyo objetivo es identificar y mejorar la cooperación entre las instituciones de educación superior, a fin de desarrollar la excelencia, la eficacia y la transparencia. Es un proyecto independiente, promovido y coordinado por universidades de muchos países diferentes, tanto latinoamericanos como europeos” (Proyecto Tuning, <http://tuning.unideusto.org/tuningal/>).

- Resultados del análisis de los programas de las facultades seleccionadas en la muestra y tendencias curriculares
- Experiencia de reforma curricular de la Facultad de Medicina
- Lineamientos de reforma curricular de la Facultad de Medicina del Rosario

El criterio de selección de las universidades que compondrían la muestra de análisis se determinó por su calificación por sistemas de acreditación de índole nacional e internacional, así como por su posicionamiento en clasificaciones de calidad.

Se escogieron las siguientes universidades nacionales:

- Universidad. del Valle
- Universidad de Antioquia
- Universidad de los Andes
- Universidad Sanitas
- Universidad del Bosque
- Universidad Nacional de Colombia
- Universidad del Norte, de Barranquilla (Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, 2005: 178).

Posteriormente, se incluyó en el análisis a la Universidad del CES.

Se escogieron las siguientes universidades internacionales:

- Universidad de Oxford, Inglaterra
- Universidad de París VI, Francia
- Universidad Autónoma de Madrid, España
- Universidad de Heidelberg, Alemania
- Universidad de Mc Gill, Canadá
- Universidad de San Francisco, EE. UU.
- Universidad de Harvard, EE. UU.
- Universidad Johns Hopkins, EE. UU.
- Universidad Nacional Autónoma, México
- Universidad de São Paulo, Brasil

- Universidad de la Plata, Argentina (Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, 2005: 178).

Se revisaron también los currículos de facultades de Medicina latinoamericanas participantes en el proyecto Tuning:

- Instituto CEMIC y Universidad Nacional de Tucumán, Argentina
- Universidad Católica Boliviana, Bolivia
- Universidade Federal de São Pablo, Brasil
- Universidad Austral de Chile y Universidad de Chile, Chile
- Pontificia Universidad Javeriana y Universidad Tecnológica de Pereira, Colombia
- Universidad Nacional de Loja, Ecuador
- Universidad Dr. José Matías Delgado, El Salvador
- Universidad de San Carlos, Guatemala
- Universidad Nacional Autónoma, Honduras
- Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua-Managua, Nicaragua
- Universidad Latina, Panamá
- Universidad Peruana Cayetano Heredia, Perú
- Universidad de la República, Uruguay
- Universidad de los Andes, Venezuela (Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, 2005: 179).

Después del análisis de todas esas tenencias y experiencias nacionales e internacionales¹¹⁸, los autores del documento establecieron unos lineamientos para la reforma curricular de la Facultad, que incluía, los siguientes aspectos:

- El tipo de médicos que se deberían formar: con excelencia profesional desde lo académico y lo ético: preparados para resolver problemas médicos contemporáneos y emergentes, con vocación temprana hacia la especialización; que se convirtieran en líderes con

¹¹⁸ No podemos entrar en detalles de todo ese proceso de revisión, pues el documento tiene 561 páginas y excede los objetivos de este trabajo, pero el lector interesado podría consultar el documento original que reposa en las manos de la profesora Ana Isabel Gómez Córdoba, quien amablemente nos lo ha facilitado para nuestra lectura y análisis.

responsabilidad social; intelectualmente curiosos, con pensamiento crítico y comprometidos con la excelencia, a través de procesos de formación continua, que permanentemente aprendan, transformen, transmitan y enseñen conocimientos; flexibles y adaptativos a un entorno regional y global.

- El tiempo de duración de la formación: debe ser de 6 años, incluido el internado.
- Procesos de admisión: procurar una combinación de excelencia académica con la selección de determinadas características personales como son: capacidad de comunicación, responsabilidad, liderazgo y capacidad para trabajar en equipo, compromiso, capacidad para crecer y creatividad. Se debe contar con procesos que permitan determinar las debilidades en las habilidades del pensamiento más complejas como son comparar, analizar, interpretar y explicar, que repercute en la asimilación de los conocimientos, así como con estrategias que acompañen a los estudiantes en los procesos de nivelación. (Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, 2005: 178)

Igualmente, el documento dejaba planteadas unas recomendaciones generales, las cuales transcribimos a continuación al pie de la letra, por considerarlas de suma importancia por la trascendencia que tendrán posteriormente:

- El Proceso de transformación curricular debe ser de fondo, respetando y promoviendo lo que ha constituido el sello y fortaleza de la formación del Médico Rosarista.
- El currículo debe estar orientado a garantizar la competencia profesional en el ámbito nacional y la posibilidad de movilidad internacional.
- El proceso debe involucrar a la totalidad de la comunidad académica, debe ser continuo y dirigido, y revisado permanentemente por un comité curricular actuante.
- El proceso parte de la transformación del concepto de enseñanza centrado en el paciente y el cambio de modelo de la medicina con enfoque mecanicista-biologista al constructivista biopsicosocial.

- Se deberá iniciar con un proceso de transformación de los docentes a través de la formación, para posteriormente trabajar en la transformación de la relación universidad campo de práctica y la transformación de los estudiantes.
- Se debe crear un área de educación médica que tiene como objetivo la formación permanente de los docentes (áreas de pedagogía).
- Se le debe dar un valor diferencial a la actividad docente, así como se hace con la actividad de investigación.
- El currículo debe estar centrado en el estudiante y la satisfacción de las necesidades del paciente, lo que significará la adopción de tecnologías pedagógicas congruentes con estos objetivos: aprendizaje basado en problemas, mapas conceptuales, uso de tecnologías informáticas y simulación, entre otras.
- Promover la relación de mentores entre estudiantes y profesores.
- Los estudiantes deben tener un contacto precoz con los pacientes. Deben tener diversidad de espacios de formación como los ya descritos, con base en la figura del Hospital Universitario y su red de centros de excelencia de apoyo.
- El trabajo de reforma debe incluir una revisión de las necesidades y expectativas de la sociedad nacional y global respecto al desempeño de los médicos en su ejercicio profesional.
- La reforma curricular debe permitir repensar la estructura de la Facultad de Medicina y de la Escuela de Ciencias de salud, hacia una organización que evite la compartimentalización del conocimiento y permita la articulación de los procesos de educación en pregrado y postgrado, investigación y extensión, y la producción de conocimiento-aplicado, en el ámbito del trabajo inter y transdisciplinar, no solo entre las distintas ciencias de la salud representados en las facultades y programas, sino entre las ciencias básicas y clínicas, así como con otras áreas del conocimiento como las ingenierías, ciencias humanas, sociales y económicas. Esta estructura debe estar acorde con los nuevos ámbitos de trabajo en el área de la salud así como en las estructuras actuales bajo la figura ya no de asignaturas, departamentos, sino de áreas problemáticas del conocimiento agrupadas en institutos o centros, y debe tener en cuenta las necesidades de gestión

permanente de la calidad de la educación y la educación continua (áreas de garantía de la calidad y educación médica o pedagogía).

- El cambio curricular implica la transformación del concepto de universidad, de docentes, de estudiantes y de estrategias pedagógicas, de procesos de evaluación así como de la relación de la facultad-universidad con el entorno.
- La formación profesionalizante debe enriquecerse con la adquisición de competencias para el desarrollo de la ciencia y la investigación, en especial en las áreas de interacción de las ciencias básicas con las clínicas y en el área de biotecnología.
- Las metodologías pedagógicas deben ser afines con el tipo de competencia que se pretende que adquiera el estudiante, deben favorecer el aprendizaje dentro de contextos sociales o colaborativos, de trabajo en equipo inter y transdisciplinario, en situaciones problemáticas y que estimulen volitivamente el aprendizaje.
- El cambio articulado entre la educación médica, la práctica médica y la organización de salud requiere de condiciones de estructura y procesos, como son la intervención en espacios de diseño de políticas de formación del recurso humano, así como de conceptualización de hospitales universitarios. (Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, 2005: 178)

Así mismo, el documento planteó una recomendaciones para la organización de la estructura curricular:

- Se debe orientar la estructura curricular por competencias, generales y específicas, con elementos que permitan la diferenciación en el mercado laboral de los médicos Rosaristas. Los objetivos de las asignaturas irán a la formación por competencias con desarrollo progresivo y con objetivos evaluables.
- Se recomienda adoptar-adaptar el modelo de competencias generales y específicas desarrollado por el proyecto Tuning América Latina, dado que favorece la movilidad y comparabilidad con fines de internacionalización.
- Revisar los contenidos de las asignaturas redundantes y eliminarlos.

- Los docentes deben conocer la totalidad del currículo, los objetivos de formación y la manera como su asignatura se articula.
- Igualmente debe eliminarse el límite estricto entre las ciencias básicas y clínicas para lograr entre ellas la integración horizontal y vertical. Esto implica que la conceptualización de la estructura organizacional del Hospital Universitario del Rosario no puede ser por Departamentos.
- Se debe organizar el currículo con la combinación de sistemas, ciclos vitales y núcleos problemáticos.
- La flexibilidad es aconsejable y debe incluir la oferta de asignaturas de áreas del conocimiento opcionales.
- Favorecer la profundización en áreas específicas del conocimiento como son: humanidades, investigación, ciencias clínicas y quirúrgicas, salud pública, salud familiar, docencia y gestión en salud. Los estudiantes deben tener la oportunidad de formarse en la generalidad de estos temas pero podrán elegir profundizar en uno o dos de los énfasis que los orienten a su formación post graduada.
- Favorecer el contacto con otras áreas del conocimiento especialmente con áreas biotecnológicas, ingenierías, ciencias jurídicas, humanas y económicas.
- Las capacidades de docencia y de comunicación deben ser objeto de especial atención.
- Las evaluaciones de la adquisición de competencias generales y específicas, en el ser, hacer y conocer, se deben hacer al final del tercer año, momento en que termina la aproximación por sistemas, al final del 5 año donde culmina la experiencia clínico quirúrgica y al final del internado, acordes con la reglamentación de la universidad, procesos gubernamentales, o inclinaciones en movilidad internacional del estudiante.
- Introducción precoz de experiencias clínicas en una red articulada con el Hospital Universitario.
- El enfoque del currículo es hacia la medicina convencional o científica (énfasis en la formación médica occidental). Se aportará conocimiento de medicina alternativa, como información, pero

no como espacio de práctica. Se ofertará como asignatura opcional la medicina tradicional.

- Favorecer el trabajo en equipo interdisciplinario y multidisciplinario bajo el concepto de escuela de ciencias de la salud. (Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, 2005: 178)

Y, finalmente, se propone un esquema de la estructura curricular que debería adoptarse:

- Se mantienen las asignaturas por créditos académicos, acordes con la reglamentación vigente.
- Se sugiere la siguiente organización del currículo:
 - Primer año: Se centra en la estructura y función humana normal, en sus conceptos básicos, es decir que el estudiante adquiriera la hermenéutica propia de la medicina que le permita entender los conceptos posteriores. Incluye asignaturas como moléculas y células (integrar bioquímica, biología celular, genética y fisiología celular), anatomía, inmunología, neurociencias, epidemiología, órgano y sistemas, el médico y la sociedad.
 - Segundo y tercer año: En un enfoque basado en sistemas, se explicarán los conceptos de salud enfermedad, patología, fisiopatología, farmacología y se introducirán elementos de historia clínica, examen físico y medicina clínica (acto médico), así como de pensamiento lógica médica
 - Cuarto y Quinto año: Rotaciones en los distintos ámbitos de experiencia clínica y quirúrgica, con las cuatro principales especialidades médicas y quirúrgicas, que se aprenderán paralelamente de manera progresiva, de lo menos a lo más complejo. El enfoque comprenderá los ciclos vitales y el diagnóstico de riesgo de la medicina familiar, con integración de estrategias de atención primaria.
 - Serán ejes articuladores de la formación: Las humanidades y la investigación.

- A partir del tercer año, los estudiantes podrán optar por un énfasis que, en el caso de especialidades no médico-quirúrgicas, puede permitirles, a través de la figura de coterminales, la obtención de una especialidad no médico quirúrgica.
- El internado debe ser un período de reflexión, consolidación y definición sobre el ciclo post grado. (Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, 2005: 178)

El borrador inicial de este documento se le presentó al rector y luego fue revisado por la Consiliatura, la Vicerrectoría y el Comité asesor de la Facultad, instancias que hicieron las recomendaciones del caso. No obstante, esta propuesta de reforma no llegó a un buen final. Según el cronograma que figura en el documento citado, el trabajo debería haberse iniciado ese mismo año de 2005 y durar hasta 2007, momento en que se iniciaría la implementación de la reforma que se diseñara.

Según comentaba la profesora Ana Isabel Gómez, una de las líderes del proceso, que aunque el documento de propuesta fue apoyado por esas instancias y por el decano Leonardo Palacios, la resistencia al cambio al interior de la Facultad fue muy grande. El Comité de Currículo se opuso al cambio y “fue un período muy difícil [...] un momento muy triste”¹¹⁹ (Gómez Córdoba, 2019-2020). Según Alejandra Salcedo, secretaria académica del momento, muchos profesores manifestaban que “para qué cambiar lo que estaba funcionando bien” (Salcedo Monsalve, 2020). La Facultad todavía no estaba preparada para recibir las nuevas tendencias educativas en boga ya en el mundo.

Creación de nuevos programas

Con el fin de acogerse y darle camino al objetivo institucional denominado “Ampliación de las Fronteras Académicas”, en el marco del Plan Integral de Desarrollo (2004-2015), formulado por la Universidad del Rosario y fundamentado en el principio “Crecimiento con calidad e identidad”, en la

¹¹⁹ Comenta la profesora Ana Isabel Gómez que, ante tal resistencia, ella se desencantó y decidió que “[...] invertiría mejor mi tiempo, e inicié el doctorado, porque era luchar en los comités de currículo contra una ‘montaña’” (Gómez Córdoba, 2019-2020).

Escuela de Ciencias de la Salud se organizó el Comité de Creación de Nuevos Programas de las Facultades de Medicina y de Rehabilitación y Desarrollo Humano, en el que participaban las y los profesores Ana Isabel Gómez Córdoba (jefe de departamento de ciencias clínicas), Catalina Latorre Santos (jefe de Departamento de Salud Pública), Ciro Casadiego Torrado (jefe de departamento de ciencias básicas), Ángela María Ruiz Sternberg (jefe de educación médica), Claudia Beltrán Bermúdez (directora Administrativa y Financiera de la Facultad) y Leonardo Palacios Sánchez (decano).

Dicho Plan de Desarrollo estaba articulado en cuatro ejes:

- a. Fortalecimiento académico.
- b. Consolidación de la identidad y de la comunidad rosarista.
- c. Internacionalización.
- d. Consolidación administrativa y tecnológica, y sostenibilidad financiera.

Bajo la conducción de Ana Isabel Gómez, delegada por el decano para esta función, este Comité trabajó por más de dos años en la creación de nuevos programas con la participación del decano de la Facultad de Rehabilitación, Javier Suárez Casallas. Se barajaron muchas opciones, llegándose incluso a la definición de enfoques diferenciales y se estudiaron los currículos de los programas similares existentes en el mercado, como Biología, Nutrición, Enfermería, Psicología, Microbiología, etc. Después de varios análisis, se plantearon varias opciones como posibles. Estas incluían los programas de Psicología, Enfermería, Ingeniería Biomédica, Ciencias del Deporte, Biología y Optometría.

Paralelamente, la Universidad, desde el Departamento de Planeación y Desarrollo Académico, evaluaba las propuestas que surgían de las diferentes Unidades Académicas, para finalmente presentarlas ante el Comité Directivo¹²⁰ de la Universidad, que era presidido por el señor rector. Una vez presentadas ante dicho Comité y evaluando las fortalezas y debilidades de cada una y la situación del mercado en ese momento, se consideró seguir

¹²⁰ Este Comité Directivo estaba conformado por el rector, el vicerrector, el síndico, la canciller, el secretario general y los decanos de las diferentes unidades académicas.

adelante con los programas de Psicología e Ingeniería Biomédica (Palacios Sánchez, 2015). En el acta del Consejo Académico del 11 de mayo de 2005, se propusieron tres nuevos programas de pregrado: uno de Psicología¹²¹, uno de Enfermería y uno de Ciencias del Deporte¹²². Los tres programas estaban planeados para tener prospectos de intercambio internacional, pero solo fue puesto en marcha el Programa de Psicología, con el factor diferenciador de que podría tener doble titulación con la Universidad de Bolonia y que, además, era un programa de Psicología en Ciencias de la Salud y no en Ciencias Humanas, como funciona en otras universidades.

Reconfiguración del Programa de Medicina

Desde que se iniciaron los procesos de acreditación universitaria, el Estado no acreditaba Facultades sino Programas. Por lo tanto, la carrera de Medicina de la Universidad del Rosario figuraba como el único Programa dentro de la Facultad de Medicina, de tal manera que el decano de la Facultad fungía como director de dicho Programa. No obstante, cuando en el 2005 se creó el grupo de estudio encargado de proponer una reforma curricular, de acuerdo con la solicitud de la Rectoría, como se dijo atrás, el decano Palacios delegó en la profesora Ana Isabel Gómez Córdoba, en ese momento jefe del Departamento de Ciencias Clínicas, la Coordinación de dicho grupo. Esto significó que, en la práctica, la profesora Gómez comenzó a funcionar como jefe de Programa de Medicina, y así se la reconoció en la Universidad. De hecho, en el documento que resultó del trabajo de ese grupo, ya analizado atrás, la profesora Gómez figuraba como miembro de este, bajo el título de “Directora del Programa de Medicina”.

Ya a finales de 2006, cuando el decano de la Facultad de Rehabilitación y Desarrollo Humano¹²³, Javier Suárez Casallas, se fue a cursar estudios

¹²¹ En febrero del 2000 hubo una iniciativa por crear una facultad de psicología con énfasis en salud, pero tras la recomendación del rector Salah de realizar un estudio de mercado para evaluar esta posibilidad con el Departamento de Planeación, no se tiene más información al respecto (Acta n.º 37 del Consejo Académico del 29 de febrero de 2000: 1).

¹²² Acta n.º 103 del Consejo Académico del 11 y 18 de mayo de 2005.

¹²³ Recuértese que para ese momento la Escuela de Ciencias de la Salud de la Universidad del Rosario contaba con dos facultades, la Facultad de Medicina y la Facultad de Rehabilitación y Desarrollo Humano.

en Canadá, el Rector Knudsen Quevedo le solicitó a Leonardo Palacios Sánchez, decano en propiedad de la Facultad de Medicina, que le ayudara a resolver temporalmente la situación, ocupando, como decano encargado, la decanatura que había quedado temporalmente acéfala. Palacios aceptó el reto, pero decidió nombrar un director de Programa para que le ayudara con su conducción. De esta forma, Palacios quedó ejerciendo las dos decanaturas: la de Medicina, con dos programas, el de Medicina y el de Psicología, que había sido creado a comienzos de ese año, y la de Rehabilitación y Desarrollo Humano, con tres programas, el de Fisioterapia, el de Terapia Ocupacional y el de Fonoaudiología. Para el nuevo cargo de director del Programa de Medicina, Palacios decidió ratificar en este cargo a la profesora Ana Isabel Gómez Córdoba, ahora especialista en Gerencia en Salud Pública, especialista en Derecho Médico Sanitario de la Universidad del Rosario y magíster en Bioética de la Universidad El Bosque. Este cargo ha continuado funcionando hasta el presente.

Creación del Programa de Psicología

A finales de la década de los noventa, el decano de la Escuela de Ciencias Humanas, Christian T. Schumacher Gagelmann, y su equipo presentaron una propuesta para la creación de un Programa de Psicología en esta Escuela. Se solicitó entonces el concepto de pares externos, incluyendo a Rubén Ardila y Telmo Eduardo Peña Correal. Después de varias reuniones se recomendó no presentarlo ante el Ministerio de Educación, porque la propuesta no tuvo en cuenta los requisitos básicos que el Ministerio exigía para este, en particular, aquellos establecidos para ese momento por la Asociación Colombiana de Facultades de Psicología (ASCOFAPSI), los cuales quedaron definidos en Resolución del Ministerio n.º 3461 del 2003 (Pérez, 2020: 3). En vista del concepto de los pares, el rector del momento, Guillermo Salah Zuleta, de común acuerdo con el Departamento de Planeación Académica, decidió darle un compás de espera a esta iniciativa, la cual fue mantenida por el siguiente rector, Rafael Riveros Dueñas.

Con la llegada a la rectoría de la Universidad de Hans Peter Knudsen Quevedo, se consideró la posibilidad de relanzar un Programa de Psicología, dándole un nuevo enfoque y situándolo en la Facultad de Medicina. Para ese entonces, María Isabel González Jaramillo, psicóloga egresada

de la Universidad Javeriana¹²⁴, y que se encontraba radicada en Italia, fue nombrada directora del Programa. Sus principales funciones fueron la elaboración del Documento Maestro y el establecimiento de los contactos con la Universidad de Bolonia, pensando en una posible doble titulación. Como consecuencia, González inició los contactos con Bruna Zani, decana de la Facultad de Psicología, y Marco de Polo, decano del programa trienal, destacados profesores de la Universidad de Bolonia, quienes posteriormente jugaron un papel fundamental en el establecimiento y desarrollo del programa¹²⁵ (Palacios Sánchez, 2017-2019).

Según Andrés Manuel Pérez Acosta, psicólogo de la Universidad Nacional, doctor en Psicología de la Universidad de Sevilla y profesor del Programa, este inició actividades en el primer semestre de 2006, siendo el primero en Colombia que otorgaba doble titulación internacional. El grupo inicial estuvo conformado por tres profesores de planta, Gustavo Lara Rodríguez, psicólogo de la Universidad Nacional y magíster en Educación de la Universidad Pedagógica Nacional, quien laboraba en la Facultad de Rehabilitación y Desarrollo Humano de la Universidad del Rosario y se trasladó al recién creado programa; María Helena Restrepo, psicóloga, magíster en danzaterapia, mediación familiar y comunitaria y mediación de conflictos de familia y comunidad y doctora en Salud Pública; y Diego Castrillón Moreno, psicólogo y magíster en Psicología, quien duró vinculado aproximadamente un año y fue reemplazado por Andrés Pérez Acosta. Junto con la directora, los tres docentes mencionados y doce estudiantes, se inició un proceso de acelerado crecimiento y altos estándares de calidad (Pérez, 2020: 7).

A lo largo del tiempo, el programa se fortaleció en varios aspectos, entre ellos la vinculación de otros destacados psicólogos en calidad de profesores de carrera e investigadores y la creación de dos grupos de investigación.

¹²⁴ Posteriormente obtuvo los títulos de magíster en Psicología de la Familia y en Mediación Familiar y Comunitaria de la Universidad Católica del Sacro Cuore de Milán, en alianza con la Universidad de Bolonia, y el de doctora en Psicología de la Universidad de Bolonia.

¹²⁵ <http://www.urosario.edu.co/Periodico-Nova-Et-Vetera/Salud/10-anos-de-emociones-con-el-programa-de-Psicologia/> y <https://www.urosario.edu.co/Periodico-Nova-Et-Vetera/Actualidad-Rosarista/Celebremos-juntos-una-decada-del-programa-de-Psico/>

El primero fue “Estudios en Ciencias del Comportamiento”¹²⁶, del cual había sido cofundador Andrés Pérez Acosta, en 2002, en la Universidad de los Andes, y fue su líder desde 2008 hasta 2013¹²⁷. El segundo fue el grupo “Individuo, Familia y Sociedad”, creado en 2008 para representar e integrar los intereses de los profesores, bajo la dirección de la psicóloga y doctora en Psicología de la Universidad de Lovaina, Silvia Rivera Largacha, al cual pertenecen una buena parte de los profesores del programa desde su formación¹²⁸ (Pérez, 2020: 11).

Como parte de las actividades de investigación y docencia del programa, se creó el laboratorio de psicología “Agostino Gemelli”, inaugurado en la sede de la Quinta de Mutis, en 2010. Este incluye una cámara de Gesell, una sección psicométrica de pruebas tanto de papel como electrónica, con computadores y con una zona de estudio de interacción social, de psicología social (Pérez, 2020: 15).

En 2007, la Universidad compró, por un valor simbólico, la revista *Avances en Psicología Latinoamericana*, prestigiosa publicación creada por Rubén Ardila a través de la Fundación para el Avance de la Psicología en 1983. Esta publicación era dirigida por Pérez desde 2004 y, con la creación del programa, se dio la oportunidad de adquirir esta Revista, muy acorde con los objetivos institucionales del momento. A partir de entonces, la Revista ha continuado publicándose con un alto nivel de excelencia y es una de las más prestigiosas en su campo en América Latina. Desde su vinculación a la Universidad del Rosario, su periodicidad pasó a ser de dos números al año: un número monográfico anual, como se venía haciendo, y un número para la publicación de artículos sometidos individualmente y calificados por pares (Pérez, 2020: 8).

Así mismo, este programa tiene, desde su formación, la posibilidad de la doble titulación con la Universidad de Bolonia, compartiendo un ciclo

¹²⁶ Antes llamado “Unidad de Estudios Experimentales en Psicología Social Básica y Aplicada”. Este grupo cuenta actualmente con un triple aval por parte de la Universidad del Rosario, la Universidad de los Andes y de la Fundación para el Avance de la Psicología.

¹²⁷ COLCIENCIAS. CvLac: Andrés Manuel Pérez Acosta: http://scienti.colciencias.gov.co:8081/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0000251232

¹²⁸ Desde 2011 y hasta el momento, este grupo es dirigido por la psicóloga y doctora en Psicología Social y de la Salud, Luisa Ramírez Rueda.

de formación básica en los primeros semestres de la carrera. Para lograr la titulación, los estudiantes colombianos pueden ir a Bolonia durante su séptimo y/o octavo semestre para cursar sus énfasis o *laurea magistrale* en psicología clínica u organizacional; y los estudiantes italianos pueden ir a la Universidad del Rosario a cursar estos mismos énfasis (Pérez, 2020: 20).

Ximena Palacios Espinosa, psicóloga de la Universidad El Bosque, magíster en Psicología de la Salud de la Universidad de Sevilla y *Ph. D.* en Psicología Social de la Universidad de Bolonia, que se había vinculado al programa de Psicología en 2006, ingresó al grupo de investigación Individuo, Familia y Sociedad en 2008, después de este haberse formado. Desde 2006, con el apoyo de la dirección de programa y del Grupo de Investigación en Neurociencia (NEUROS), específicamente con Carlos Moreno y John Jairo Hernández, se inauguró en 2007 la “cátedra transcurricular para el estudio del dolor desde la psicología”, que incluía una rotación por Méderi en quinto semestre. Esta cátedra dejó de dictarse en 2013 a raíz de la reforma curricular del programa, que, sin embargo, a través de la línea de profundización de Psicología Clínica y de la Salud tiene presencia en este y se realizan las prácticas profesionales en el medio hospitalario (Palacios, 2020: 3-6). Posteriormente, en marzo de 2009, llegó también el profesor Oliver Müller, psicólogo de la Universidad Técnica de Braunschweig, Alemania, y *Ph. D.* de la Universidad Radboud de Nijmegen, Países Bajos, especializado en psicolingüística, quien, como investigador, se vinculó al grupo “Estudios en Ciencias del Comportamiento” y llegaría a ser su director a partir de 2017¹²⁹.

Creación del Programa de Enfermería

Bajo la decanatura de Guillermo Fergusson y como resultado del contrato propuesto entre la Universidad del Rosario y la Cruz Roja Colombiana el 3 de agosto de 1965, la Consiliatura de la Universidad había tomado la decisión de afiliar a esta Institución la Escuela de Enfermeras de la Cruz Roja Colombiana, que venía funcionando ya desde hacía 15 años (Quevedo V. & Pérez G., 2009: 138-139). En la sustentación de este proyecto, el decano

¹²⁹ Andrés Manuel Pérez Acosta: <https://www.urosario.edu.co/Profesores/Listado-de-profesores/P/Perez-Acosta-Andres-Manuel/>. Colciencias. CvLac: Oliver Müller NA: http://scienti.colciencias.gov.co:8081/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001344413

Fergusson consideró que esta unión era muy importante para la mejor integración de la Facultad de Medicina y destacó que “todas las Facultades de Medicina de Colombia contaban ya con una Escuela de Enfermería”¹³⁰. Hasta ahora no hemos podido encontrar un documento que dé cuenta de las razones por las cuales y cuándo dicho programa se cerró.

En 1995, nuevamente surgió en la Universidad del Rosario el interés de abrir un Programa de Enfermería, para lo cual se solicitó a Leonardo Palacios y Carlos Toro Torres, médico rosarista y fisiatra del Hospital Militar Central, que hiciesen un análisis del entorno de la Enfermería en Colombia, con la colaboración de las directoras de los departamentos de enfermería de la Clínica del Country, de Colsubsidio y de la Fundación Santa Fe de Bogotá. Dicho análisis señaló que nuestro país tenía, para ese momento, un enorme déficit de profesionales en enfermería y que una buena parte de quienes estaban ejerciendo esta profesión consideraban que no tenían un adecuado reconocimiento social ni una remuneración acorde con el título obtenido. Las universidades que ofrecían el programa estaban teniendo dificultades para mantener un volumen suficiente de estudiantes. Ante este panorama, se tomó la decisión de no continuar con este proyecto (Palacios Sánchez, 2017-2019).

En el acta del Consejo Académico del 29 de febrero de 2000, consta que había una nueva propuesta para crear una Facultad de Enfermería en asocio con el Instituto de Seguros Sociales. No obstante, el rector Guillermo Salah Zuleta, con base en las previas experiencias en que se habían presentado estudios de mercadeo para la apertura de enfermería y se habían tenido resultados negativos, sugirió “evaluar detalladamente el ofrecimiento de [este Instituto] y las seguridades que este ofrece para la iniciación y la permanencia del programa”¹³¹. Finalmente, esta propuesta tampoco prosperó.

En 2004 volvió a surgir la voluntad de abrir el programa en esta disciplina, en el marco del Plan Institucional de Desarrollo de la Universidad, que había considerado la creación de nuevos programas para dar cuenta de su eje de fortalecimiento académico. Para tal fin, la profesora Ángela

¹³⁰ Colegio Mayor del Rosario, acta de la Honorable Consiliatura, lunes 14 de julio de 1965. Bogotá, D. C.: Actas: *Libro número 3 de Actas de Consiliatura*, del 31 de julio, 1964, al 1.º de abril, 1965: 52-67.

¹³¹ Acta n.º 37 del Consejo Académico del 29 de febrero de 2000: 3.

Fernanda Espinosa, enfermera de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia de Tunja, especialista en Salud Ambiental de la Universidad El Bosque, especialista y magíster en epidemiología del CES-Universidad del Rosario, fue designada directora del Programa de Enfermería y se le asignó la tarea de diligenciar el Documento Maestro y establecer contactos en España, a través del convenio existente con la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. Contó con la colaboración y orientación de las enfermeras María Cecilia Gaitán, María Nubia Romero (quienes también fungieron como pares evaluadores del programa) y Evelyn Vásquez, y con las profesoras de la Universidad Carolina Henríquez, Ana Lucía Casallas y Ruth Pérez (Espinosa Aranzales, 2018).

Como resultado de este trabajo, en el acta n.º 103 del Consejo Académico del 11 de mayo de 2005, consta que Ángela Fernanda Espinosa y Ruth Pérez de Mesa, quien había sido decana de la Escuela de Enfermería cuando esta funcionaba en asocio con la Cruz Roja Colombiana con sede en el Hospital San José, presentaron la propuesta para el nuevo programa. El Consejo dio su aprobación y se continuaron los trámites ante las diferentes instancias de la Universidad y del Ministerio de Educación, el cual, finalmente, le otorgó el Registro Calificado, el 5 de octubre de 2007.

Posteriormente, en 2008, se gestionó un convenio con la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios (OHSJD) en España, por medio del cual los profesores y estudiantes del programa podrían beneficiarse y realizar pasantías de máximo tres meses (para los profesores) y entre tres meses y un año (para los estudiantes) en las cuales se les cubría los gastos de permanencia, alojamiento y alimentación. En España, los Hospitales de la Orden estaban ubicados en Sevilla, en Madrid y en Barcelona. La OHSJD se constituyó entonces como un aliado importante de la Universidad y el Hospital Universitario San Rafael y la Fundación Cardio-Infantil fueron vitales para la creación del Programa. Así mismo, se realizaron conversaciones y convenios con la Universidad de Miami, por intermedio de la decana de la Facultad de Enfermería de dicha institución, Nilda Peragallo, para realizar los intercambios académicos del caso. Sin embargo, después de realizar el correspondiente estudio de mercado y a pesar de contar ya con la aprobación del Ministerio de Educación y del Ministerio de Salud y con registro calificado, la Universidad del Rosario consideró que no era prudente abrir

el programa, pues sus costos no podrían ser cubiertos por la dificultad de alcanzar el número de estudiantes matriculados necesarios para garantizar su funcionamiento (Espinosa Aranzales, 2018).

Finalizado este proceso, en el mismo año se abrió una convocatoria para un profesor de carrera en el área de Salud Pública en la Universidad y, Espinosa, quien cumplía los requisitos, se presentó y fue seleccionada. En el cargo, entre el 2012 y 2013, dedicó parte de su tiempo a una investigación titulada “Alternativas para el cuidado humanizado en los servicios de enfermería” (Espinosa Aranzales, 2019). Este proyecto fue el primero de dos investigaciones¹³² que sirvieron como fundamento para entender la problemática de la enfermería como profesión y sus relaciones con el cuidado de los pacientes, sus prácticas en los servicios de salud y sus expectativas sobre sus propias actividades como profesionales. De la mano con esto y mediante el trabajo realizado en estos proyectos se establecieron contactos con otros profesionales en enfermería, pacientes e instituciones que llevaron a la construcción de nuevos conceptos y expectativas sobre la enfermería tendientes al diseño de un nuevo programa.

Creación del Programa en Ingeniería Biomédica

En la década de los noventa del siglo XX, la Universidad evaluó la posibilidad de crear una Facultad de Ingeniería. Para tal fin se constituyó un grupo de trabajo que presentó varias propuestas a las directivas sin que se llegaran a concretar. Tres años antes, las profesoras Catalina Latorre y Ana Isabel Gómez venían trabajando con Antonio Miguel Cruz, ingeniero nuclear y doctor en Ingeniería Biomédica, a quien se había contratado en el Programa de Medicina por medio tiempo. Se organizaron diversos espacios temáticos sobre ingeniería biomédica, a través de diplomados en el contexto de seguridad del paciente y de una electiva en “Seguridad del Paciente e Ingeniería Biomédica” que se ofertó para la especialización de derecho médico. Adicionalmente, se trabajó con el ingeniero Cruz en proyectos de consultoría para hospitales (Gómez Córdoba, 2018).

¹³² El segundo proyecto fue “Teoría y práctica de enfermería profesional: opciones para su integración en los servicios hospitalarios”, concentrado en estudiar la brecha entre teoría y práctica de la enfermería en el área clínica (Espinosa Aranzales, 2019).

Además, en uno de los ejercicios estratégicos que la Universidad le pidió a la Facultad, se planteó la necesidad de contar con un Programa de Ingeniería Biomédica, cuyos egresados se veían interactuando con los estudiantes y graduados de las especializaciones médico-quirúrgicas, para propiciar la innovación en estas áreas y crear un verdadero valor diferencial. Ana Isabel Gómez también participó en la creación del programa, en su calidad de directora del Programa de Medicina (Gómez Córdoba, 2018).

Finalmente, en 2006, durante la rectoría de Hans Peter Knudsen y la decanatura de Leonardo Palacios, se llegó a un acuerdo con la Escuela Colombiana de Ingeniería Julio Garavito, con el objeto de crear un programa de pregrado en Ingeniería Biomédica que sería ofertado por ambas instituciones y que otorgaría una titulación conjunta¹³³. Como lo menciona Antonio Miguel Cruz, en el año 2007, el decano de la Facultad de Medicina lo citó a él a su oficina en compañía de Adriana María Ríos Rincón, terapeuta ocupacional, para solicitarles que trabajaran de manera conjunta con dos profesores de la Escuela Colombiana de Ingeniería Julio Garavito en el diseño de un programa de pregrado, altamente pertinente que uniera dos áreas del conocimiento: Medicina e Ingeniería. Los dos profesores de la Escuela Colombiana de Ingeniería Julio Garavito que comenzaron a trabajar con ellos, en julio de 2007, fueron Luis Eduardo Rodríguez Cheu, ingeniero electrónico y doctor en Ingeniería Biomédica, y Javier Chaparro, ingeniero y doctor en Ingeniería Biomédica (Cruz, 2018).

En la reunión del Comité Curricular del 23 de septiembre de 2008, Adriana Ríos, profesora de carrera de la Universidad del Rosario, presentó el programa y sus lineamientos. En esta reunión los integrantes del Comité hicieron las observaciones del caso, las cuales fueron tomadas en cuenta por la profesora Ríos¹³⁴. A comienzos de 2009, se creó un Comité Directivo integrado por representantes de cada una de ellas y presidido por los rectores de la Escuela Colombiana de Ingeniería Julio Garavito y de la Universidad del

¹³³ A diferencia de los títulos otorgados por el Programa de Psicología, el cual ofrecía una doble titulación con la Universidad de Bolonia, es decir, que el graduando recibía dos diplomas, uno por cada universidad, este nuevo programa de Ingeniería Biomédica ofrecía una titulación conjunta, la cual significaba que el graduando recibía un solo diploma expedido y firmado por ambas instituciones.

¹³⁴ Acta n.º 12/08 del Comité Curricular, del 23 de septiembre de 2008.

Rosario. Así mismo se nombró un comité operativo para la organización del Programa, el cual continuó sesionando hasta tener totalmente implementada la estructura de mismo y el correspondiente Documento Maestro. Una vez terminado este, fue presentado ante la Consiliatura de la Universidad del Rosario y ante el Consejo Superior de la Escuela de Ingeniería. En mayo del mismo año, se firmó finalmente un convenio entre las dos instituciones, por medio del cual se autorizó el funcionamiento del programa. Pero, teniendo en cuenta la experiencia anterior con la Sociedad de Cirugía de Bogotá, este convenio contaba con una cláusula que determinaba que, en caso de terminación del mismo, ninguna de las dos instituciones podría ofrecer el programa de manera independiente.

Al ser aprobado por ambas partes, se procedió a presentar el Programa ante el Ministerio de Educación Nacional, en el primer semestre de 2010, acompañado de los documentos exigidos. En el primer semestre de 2011 se recibió una visita de pares académicos, la cual dio su concepto positivo y, en consecuencia, el Ministerio expidió el correspondiente registro calificado¹³⁵.

En el segundo semestre de 2011 se dio inicio al Programa y en la primera cohorte ingresaron 29 estudiantes. En la actualidad, cuenta con más de 400 estudiantes y 12 profesores de planta/carrera. En el 2016 se comenzó a diseñar la Maestría de Ingeniería Biomédica, como siguiente paso lógico de la alianza; actualmente se tiene registro calificado¹³⁶ del programa de maestría y esperaba recibir su primera cohorte en agosto del 2018 (Cruz, 2018; Rodríguez Dueñas, 2018).

Nuevos rumbos para la Salud Pública en la Facultad de Medicina

Al rededor del año 2006, entró a hacer parte del equipo docente del Departamento de Salud Pública Johanna Ocampo, una médica que comenzó a apoyar las prácticas de salud comunitaria. Para ese momento, estaba empezando a surgir la Teoría de los Determinantes Sociales de la Salud y de la Enfermedad. Después de la propuesta de Lalonde y Blum de los Estilos de Vida Saludables (Lalonde, 1974), lo social y lo cultural comenzaron a

¹³⁵ Resolución n.º 1269 del 21 de febrero de 2011.

¹³⁶ Resolución n.º 26812 del 29 de noviembre de 2017.

adquirir alguna relevancia en las teorías epidemiológicas, especialmente desde las críticas de la epidemióloga norteamericana Carol Buck al modelo lalondiano. Ella insistía en que la concepción del ambiente del modelo del “Campo de la Salud” de estos dos autores era demasiado “naturalista” y no daba cuenta de la realidad social, que hacía parte del ambiente, y que era estresante, inequitativa, peligrosa y violenta, además de implicar hambre y desnutrición, trabajos alienantes, etc. Esta autora reiteraba que el ambiente tenía componentes sociales muy importantes que eran patologizantes y que Lalonde no los había tenido en cuenta de manera suficiente por haber naturalizado el ambiente y haber subsumido en él la sociedad (Buck, 1986). De allí surgieron los trabajos de otros epidemiólogos, como el del sur africano Mervyn Susser (Fee, Brown & Manuelpillai, 2015; Susser, 1996) o la epidemióloga norteamericana Nancy Krieger, que ampliaron los horizontes de la Epidemiología Social.

Todo esto desembocó en esta teoría de los “Determinantes Sociales de la Salud y la Enfermedad”, propuesta por un grupo de epidemiólogos británicos que habían publicado un libro titulado *Social Determinants of Health* (Marmot & Wilkinson, 2006), y en el que recogían las críticas de Carol Buck al modelo de Lalonde veinte años atrás (Buck, 1986). A partir de los planteamientos realizados por Marmot y Wilkinson, ellos fueron contratados por la OMS para coordinar una Comisión que estudiara el asunto de los determinantes sociales de la salud y de la enfermedad, y que presentara un informe sobre el tema. Para 2007, la Comisión de la OMS “había completado su informe, que se preveía tendría una influencia muy importante en Latinoamérica y que se anunciaba como una gran novedad desde la OMS, dado que esta se había dejado inducir por el modelo neoliberal y la llamada ‘economía de la salud’, apoyada ya por los grandes bancos internacionales” (CDSS-OMS, 2007).

Catalina Latorre cuenta que ella estaba enterada de ese proceso, pues “nosotros teníamos dos profesoras vinculadas con la OPS en ese momento, que eran consultoras, que eran Yaira Pardo, enfermera, y Johanna Ocampo. Ellas trabajaban en actividades comunitarias organizadas por la OPS y, en 2006, trajeron el discurso de determinantes sociales a la Universidad” (Latorre Santos, 2018-2020). A través de la red para Investigación en Servicios de Salud, a la profesora Latorre le otorgaron una beca para ir a México a un curso de determinantes sociales con la OPS (Latorre Santos, 2018-2020), y

ese enfoque vino a complementar las concepciones y los enfoques que el grupo de docentes de Salud Pública venían enseñando en la Facultad.

Por otra parte, mientras trabajaba en esto,

la profesora Johanna Ocampo comenzó a hacer el Doctorado en Salud Pública de la Universidad Nacional y, más o menos para el 2007, Mario Hernández, Director del Doctorado, organizó un curso para los doctorandos con Jaime Breilh, uno de los representantes del Movimiento de la Medicina Social Latinoamericana¹³⁷ más destacados, y que trabajaba en la Universidad Andina Simón Bolívar, sede de Quito, y Johanna viajó a Ecuador, para hacer el curso con Breilh, vía el doctorado. (Latorre Santos, 2018-2020)

Desde el Ecuador, Jaime Breilh había comenzado a enfrentar la propuesta de los Determinantes Sociales y a oponerle la teoría de la “Triple determinación social”, desde una perspectiva no funcionalista y desde una sociología del conflicto. Mientras Johanna Ocampo asistía al curso de Breilh en Quito, se entusiasmó con sus ideas y le hizo una llamada telefónica a Catalina Latorre, y le dijo: “Hay que llevar a Breilh al Rosario”. Entonces, Catalina Latorre hizo el contacto con Breilh y organizaron un curso sobre determinantes sociales en Bogotá, de carácter abierto. “Pero no se inscribe nadie, con excepción de alguien que trabajaba en la Secretaría de Salud del Distrito”. No obstante, como la Universidad se había comprometido a pagarle a Breilh, el curso se realizó, en 2007, ofreciéndolo como un curso de educación continuada, bajo el nombre de Introducción General a la Epidemiología Crítica (Latorre Santos, 2018-2020). Dicho curso estaba basado en los planteamientos que Breilh había hecho en su libro titulado *Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad* (Breilh Paz & Miño, 2003).

¹³⁷ El movimiento de Medicina Social Latinoamericana había surgido entre las décadas de los setenta y los noventa, inicialmente como movimiento crítico de la Medicina Preventiva, hegemónica en esa época, por sus fundamentos cientificistas y positivistas basados en la idea de la salud como un estado de normalidad o como equilibrio, y de la enfermedad como anormalidad o como un estado de desequilibrio; y su apoyo en la idea de los factores de riesgo que consideraban lo social y lo cultural, como elementos disparadores de un proceso de enfermar exclusivamente biológico, dependiendo además de su peso estadístico, en cada caso (Arouca, 2008 [1976]; Breilh Paz y Miño, 1989; Laurell, 1982).

No obstante, los planteamientos de Breilh y de la Medicina Social Latinoamericana no tuvieron acogida en la Universidad. Según Latorre, buena parte de los asistentes tenían un sesgo epidemiológico, pues estaban formados en la epidemiología clásica cuantitativa y no vieron en el curso de Breilh la forma de investigación a la que estaban acostumbrados. Y es que, en 2003, la Universidad les había financiado a Alberto Vélez, Ángela Ruiz, Jaime Enrique Ruiz, Ángela Espinosa, Carolina Enriquez, Catalina Latorre y Jhonny Beltrán, que trabajaban en investigación en la Facultad, la Especialización en Epidemiología con el Centro de Estudios en Salud, de Medellín, de orientación francamente cuantitativa (Latorre Santos, 2018-2020).

Por lo tanto, a los profesores del Departamento de Salud Pública, con Catalina Latorre a la cabeza, se les acomodaba más el enfoque epidemiológico de Marmot y Wilkinson, que la mirada cualitativa y crítica de la epidemiología de Breilh. Entonces, “para el grupo, y para la organización de los temas docentes, era más coherente la línea de la OPS y, por esto, fue más aceptable el enfoque de Marmot y Wilkinson, y nosotros organizamos los contenidos docentes, más en esa tendencia predominante en la OPS” (Latorre Santos, 2018-2020).

Creación de la Facultad de Ciencias Naturales y Matemáticas

Más allá de los Programas planeados y puestos en marcha a partir del trabajo del grupo constituido en la Facultad para tal efecto, en el año 2008 se creó la Facultad de Ciencias Naturales y Matemáticas, por una iniciativa que surgió directamente desde la Consiliatura de la Universidad.

En efecto, en 2002 fue elegido como consiliario el químico y doctor en ciencias José Luis Villaveces Cardoso, quien había participado del equipo de investigadores encargado de la creación e implementación del Sistema Nacional de Ciencia y Tecnología, mientras ejercía el cargo de subdirector de Programas de Investigación de COLCIENCIAS y era director del Doctorado en Química Teórica de la Universidad Nacional de Colombia¹³⁸. Desde su llegada, además de apoyar e impulsar el proceso de cambio en el Rosario

¹³⁸ https://scienti.colciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0000062405

hacia una Universidad de docencia que hace investigación, el nuevo consiliario empezó a plantear la inquietud en torno a la creación de una Facultad de Ciencias Naturales. El proyecto fue acogido y, para implementarlo, se vislumbraba como una de las posibilidades escindir la Facultad de Medicina, dado que en ella existían unidades que podrían hacer parte del núcleo fundamental de las ciencias: biología, física y química. Igualmente, se pensó que el Departamento de Matemáticas de la Universidad podría también integrarse a ese núcleo de asignaturas fundamentales.

Para la planeación y el diseño de la nueva Facultad se constituyó un comité, presidido por el señor vicerrector, José Manuel Restrepo Abondano, en el cual participaban, además del consiliario Villaveces, el decano de Medicina, Leonardo Palacios; el director de Ciencias Básicas de dicha Facultad, Ciro Casadiego; la profesora Sandra Rocío Ramírez Clavijo, bióloga y doctora en Biología Celular y Molecular; y, el profesor Ramón Fayad Naffah, *Ph. D.* en Física y Matemáticas. En medio de ese proceso, el profesor Villaveces fue nombrado vicerrector de Investigación y Doctorados de la Universidad de los Andes, razón por la cual presentó su renuncia a la Consiliatura. En 2006, fue elegido consiliario Eduardo Posada Flórez, físico y matemático, doctor en ciencias, fundador y exdirector del Centro Internacional de Física y miembro del equipo ejecutivo de la Asociación Colombiana para el Avance de la Ciencia¹³⁹, quien se integró a dicho comité.

A este comité se integraron otros académicos, incluyendo a María Orfa Rojas, bioquímica y *Ph. D.* en Ciencias; Felio Bello, licenciado en Biología y Química y *Ph. D.* en Ciencias Biológicas; Jaime García, director del Departamento de Matemáticas; y Jordi Carrera, un consultor externo español. El comité avanzó en la creación del proyecto, el cual fue aprobado por las diferentes instancias directivas de la Universidad. El proyecto se presentó luego ante el Ministerio de Educación, cumpliendo todas las formalidades requeridas y, como consecuencia, la Facultad de Medicina se escindió en dos. De esta forma, las unidades de bioquímica, biofísica, microbiología y bacteriología médicas, junto con sus profesores, pasaron a formar parte de la nueva Facultad. A esta también se integró el Departamento de Matemáticas de la Universidad, el cual fue trasladado a la Quinta de Mutis, lugar donde se

¹³⁹ COLCIENCIAS. CvLac: Eduardo Posada Flórez.

estableció la sede de esta nueva unidad académica (Palacios Sánchez, 2017-2019; Ramírez, 2019). Desde el punto de vista administrativo, se acordó que el programa de Estudios Profesionales con opción de ingreso a Medicina (antiguo curso premédico) pasaría a dicha Facultad y que el Doctorado en Ciencias Biomédicas, que había sido creado en la Facultad de Medicina, fuera ofertado en forma conjunta por las dos facultades.

Una vez que el documento maestro fue aprobado por la Consiliatura, el rector Knudsen designó como decana encargada a Sandra Rocío Ramírez, quien se venía desempeñando como directora del Departamento de Ciencias Básicas de la Facultad de Medicina, desde 2005. El 11 de septiembre de 2008, se llevó a cabo el acto oficial de lanzamiento de la Facultad, en el marco de la conmemoración de los 200 años de la muerte del sabio Mutis, en las instalaciones del Claustro. En enero de 2009 se abrió la nueva Facultad y se ratificó a Sandra Ramírez como decana en propiedad (Palacios Sánchez, 2017-2019; Ramírez, 2019). La creación de esta nueva Facultad implicó que profesores de Ciencias Básicas de la Facultad de Medicina migraran a ella (Gómez Córdoba, 2018).

Continúa la ardua búsqueda por un Hospital Universitario

Durante la decanatura en propiedad de Leonardo Palacios se continuó el proceso de búsqueda de un hospital, el cual fue llevando a que se construyera una consciencia de lo que debería ser el hospital para la Universidad del Rosario. La consigna ya no era simplemente la de tener un hospital propio, sino que este tuviera el carácter de hospital universitario.

En 2003, la Universidad inició conversaciones con la Clínica Fray Bartolomé de las Casas, antes administrada por la Caja de Previsión Social del Distrito, que se concretaron en una unión temporal, constituida por diferentes firmas, y que permitió poner la Clínica nuevamente en operación a partir de 2002. Dicha institución contaba para ese entonces con 160 camas y recursos tecnológicos adecuados. De acuerdo con lo estatuido por esta unión temporal, la mayoría de los servicios de la Clínica iban a ser operados por médicos rosaristas. Para tal efecto, las profesoras Catalina Latorre y Ana Isabel Gómez elaboraron una propuesta inicial que llevó a la firma de un convenio de exclusividad para que esta institución médica funcionara como campo de práctica de los programas de ciencias de la salud de la Universidad

del Rosario. En la visita realizada por la profesora Ana Isabel Gómez, se propuso que se utilizaran las instalaciones de urgencias, hospitalización, consulta externa de Medicina Interna y algunas de sus especialidades, y la Unidad de Cuidado Intensivo, para las rotaciones de estudiantes de V y VI semestre¹⁴⁰ (Gómez Córdoba, 2019-2020). Lamentablemente, durante el primer año de funcionamiento de esta unión temporal, se presentaron problemas administrativos y jurídicos con los operadores de esta clínica, lo que llevó a su cierre en 2005¹⁴¹.

En el 2004 se continuaron las conversaciones iniciadas en 2002, por el entonces rector Rafael Riveros y el decano en ejercicio Jaime Pastrana, para la operación de la Clínica de Nuestra Señora del Rosario del municipio de La Calera (Cundinamarca), recientemente construida, pero que aún no había entrado en funcionamiento. La profesora Ana Isabel Gómez, como directora del Departamento de Ciencias Clínicas, y la profesora Catalina Latorre, como directora del Departamento de Salud Pública y Gestión, realizaron una visita en ese mismo año y presentaron un informe sobre las condiciones del Hospital y la posibilidad de convertirlo en un centro de segundo nivel de atención¹⁴².

Entre las recomendaciones de este informe se destacaron las siguientes: que cualquier tipo de negociación que se estableciera para la administración y uso del Hospital de La Calera como campo de práctica debería regirse por las siguientes políticas:

- Un contrato de exclusividad a largo plazo.
- La garantía por parte de la Gobernación de Cundinamarca de un flujo de pacientes que garantice los ingresos presupuestados para lograr el punto de equilibrio o utilidades.
- La garantía por parte de la Gobernación de contratación a tarifas competitivas en el mercado.

¹⁴⁰ Informe de visita a la Clínica San Bartolomé de las Casas. Documento amablemente cedido por Ana Isabel Gómez.

¹⁴¹ Caracol Radio, 18 de octubre de 2005: https://caracol.com.co/radio/2005/10/18/bogota/1129644720_213231.html

¹⁴² Análisis del Hospital de La Calera. Documento amablemente cedido por Ana Isabel Gómez Córdoba.

- Garantía por parte de la Gobernación de pago oportuno, dentro de los plazos establecidos por Ley.
- En caso de no respetarse las políticas aquí expuestas, debe quedar explícita la posibilidad de reversibilidad del contrato y la inversión de la Universidad.

El informe recomendó además que la apertura de los servicios debía ser escalonada, iniciando con los de índole ambulatoria y finalizando con los hospitalarios (Gómez Córdoba & Latorre, 2004: 14). No obstante, el Hospital de La Calera terminó siendo muy pequeño para los objetivos de la Facultad y hubo ciertos inconvenientes con la adjudicación de esta al Rosario por parte de las autoridades locales.

El Hospital Cardiovascular del Niño de Cundinamarca, San Mateo, Soacha, inaugurado en el 2003¹⁴³, también fue candidato para ser Hospital de la Universidad. Sin embargo, esta no alcanzó a tener los recursos económicos suficientes en el momento, pero, además, se valoró el hecho de que la ubicación geográfica no era funcional para poner allí un Hospital Universitario ligado a la Universidad. Sin embargo, se anexó como un campo de práctica más para los estudiantes de la Universidad (Gómez Córdoba, 2019-2020).

El siguiente proyecto surgió durante 2007, con los contactos realizados entre la organización internacional Christus Health, una de las redes de hospitales más grandes del mundo, el Grupo Mugerza, con sede en México, y la Caja de Compensación Familiar Colsubsidio, con el fin de construir un hospital propio. En consecuencia, directivos de la Universidad y de Colsubsidio viajaron a San Antonio, Texas, EE.UU. y, en reciprocidad, los directivos de Christus Health visitaron a la Universidad y a Colsubsidio, entre el 28 y el 30 de mayo de 2007. Igual que en los casos anteriores, la profesora Ana Isabel Gómez estuvo en Monterrey visitando la red hospitalaria que esa compañía tenía allí. A partir de esas conversaciones, se diseñó un proyecto para el trabajo conjunto en el cual el Rosario y Colsubsidio proponían la creación de un hospital de 3.º y 4.º nivel de complejidad. Para el Rosario, este Hospital debería garantizar la enseñanza práctica para los

¹⁴³ Hospital Cardiovascular del Niño de Cundinamarca (s. f.). [Página web] Recuperado de <https://www.hospitalcardiovascular.com.co/quienes-somos/>

programas de pre y posgrado en medicina y demás ciencias de la salud, así como intercambios para docentes y estudiantes, y la puesta en marcha de programas de investigación. Para Colsubsidio, dicho centro hospitalario debería, además, prestar asistencia a los pacientes afiliados a la seguridad social y desarrollar programas de docencia e investigación. Finalmente, para Christus Health los objetivos eran construir el Hospital, siempre y cuando la propuesta fuera compatible con su filosofía¹⁴⁴, se les garantizara el retorno de la inversión y se les ayudara a desarrollar la transición de su portafolio. Los líderes que en el proyecto representaban a las tres instituciones fueron Fernando Ferrara, por Christus Health; Rafael Riveros, por la Universidad del Rosario; y Fernando Suescún, por Colsubsidio¹⁴⁵. No obstante, a pesar del carácter de gran emprendimiento que tenía este proyecto, este nunca se llegó a concretar (Gómez Córdoba, 2019-2020).

Luego existió otra iniciativa para construir un hospital propio, esta vez en el Campus Norte de la Universidad, pero la normativa sanitaria nacional no permitía la construcción de instituciones de salud a una distancia tan corta de un cementerio (Jardines de Paz), por lo que este proyecto tampoco prosperó. Un intento más se realizó con la Red Hospitalaria de Cundinamarca, el cual finalmente sobrepasó las proyecciones de la Facultad y se canceló. La suspensión de este proyecto coincidió con el ofrecimiento, de parte del Estado, de que la Universidad pudiera recibir, en asociación con la Orden de los Hermanos Hospitalarios de San Juan de Dios, la Clínica San Pedro Claver del Seguro Social (Gómez Córdoba, 2019-2020).

Por fin un Hospital Universitario: la Corporación Universitaria Juan Ciudad, Méderi y sus hospitales

Mientras todos estos intentos de la Universidad del Rosario para consolidar el proyecto de un hospital universitario propio surgían y fracasaban, un importante conflicto de vieja data en el campo de la salud llegaba a su punto

¹⁴⁴ Dicha institución está inspirada en su misión y visión, construidas por valores centrales cristianos, centrados en la oferta de un “cuidado en salud de alta calidad, compasivo y misericordioso, para mejorar la salud de las comunidades a las que servimos” (<https://www.christushealth.org/about>).

¹⁴⁵ Presentación en Power Point, amablemente cedida por Ana Isabel Gómez.

más crítico: el del Instituto Colombiano del Seguro Social (ICSS). Dicho Instituto había sido uno de los principales protagonistas de la historia de los servicios de salud en Colombia. Al llegar los liberales al poder, en la década de 1930 con el apoyo del voto urbano, compuesto fundamentalmente por los trabajadores industriales, algunos dueños de industrias e intelectuales críticos, el gobierno quedó comprometido de poner en marcha una legislación laboral y unos programas de salud y educación en beneficio de la clase trabajadora (Quevedo V. et al., 2013: 76-77 y 96-97).

El Partido Liberal se replanteó así las funciones del Estado para enfrentar los problemas derivados de la crisis del lustro anterior y de la depresión internacional de 1929. De esta forma, trató de darle al gobierno un rol más activo en el manejo de los asuntos económicos y sociales, como mediador entre los intereses de los particulares y los intereses sociales, en el marco de un incipiente Estado de Bienestar que comenzaba a surgir en los países del norte, apoyándose en el concepto de la “función social” de la propiedad. En esta nueva manera de pensar el Estado, surgió la idea de que los propietarios tenían obligaciones sociales con los trabajadores y, una de ellas, era preocuparse por su salud. De esta forma, el Estado liberal, clásicamente encargado de velar por la propiedad y los bienes de los individuos, así como por su vida y su libertad, tendría la obligación de proteger su salud como uno de sus bienes más preciados, para asegurar la protección de la vida (Quevedo V. et al., 2013: 76-78). Así, garantizar la salud sería “un deber del Estado y la base del Progreso Nacional” (Revista de Higiene, 1932: 3-5). Esta concepción de la “función social de la propiedad” quedó plasmada en el Acto Legislativo reformativo de la Constitución Nacional, de agosto de 1936, como punto constituyente del apoyo a la “Revolución en Marcha”, bandera fundamental del primer gobierno de Alfonso López Pumarejo (1934-1938). Esta Constitución dice explícitamente que “la asistencia pública es función del Estado [...] [y que] el trabajo es una obligación social y de la especial protección del Estado”. De igual manera, se afirmaba que el gobierno asumiría el control de las instituciones de utilidad común (Uribe Vargas, 1985: tomo III: 1095).

Durante el último gobierno de Alfonso López Pumarejo (1942-1945), se ideó un programa de Seguridad Social, en el marco de la concepción del Estado de Bienestar, como parte del conjunto de instituciones de salud propuestas en ese momento por los gobiernos de la República Liberal para

resolver los problemas de salud de los trabajadores colombianos¹⁴⁶. No obstante, debido a los conflictos políticos que se presentaron al final de este gobierno, solo hasta 1946 se expidió la Ley 90, por la cual se creó el Instituto Colombiano de Seguro Social, adscrito al Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social, que prestaría servicios de atención médica y seguridad social para los trabajadores asalariados de las empresas privadas. Este seguro obligatorio cubriría los riesgos de enfermedades no profesionales y maternidad, invalidez y vejez, accidentes de trabajo y enfermedades profesionales y muerte (Aguilar & Silva López, 1979: 133).

Paralelamente, en 1946 se creó el Ministerio de Higiene¹⁴⁷ y la Caja Nacional de Previsión. El primero, estaría encargado de coordinar las acciones de salud y asistencia pública para las clases menos favorecidas y, la segunda, prestaría los mismos servicios de atención médica y seguridad social para los trabajadores del Estado. Aunque estas leyes se presentaron al Congreso durante el gobierno interino de Alberto Lleras Camargo, debido a lo prolongado de los trámites en la rama legislativa, estas tres instituciones fueron inauguradas y puestas en marcha durante el gobierno conservador de Mariano Ospina Pérez, en 1946 (Quevedo V. et al., 1990: 35).

Sin embargo, el ICSS tuvo problemas desde su nacimiento. Según Gilberto Quinche Toro, uno de sus exdirectores, el primer diseño se llevó a cabo en 1946, pero durante la revuelta del “[...] 9 de abril se quemaron los estudios” (Quinche Toro, citado por Jaramillo Jaramillo et al., 2016: 22). Quinche Toro continúa su relato afirmando que,

¹⁴⁶ Como parte de esta política, durante el primer gobierno liberal, el de Enrique Olaya Herrera (1930-1934), por medio de la Ley 1.^a de 1931 se fundó el Departamento Nacional de Higiene y Asistencia Pública (Quevedo V. et al., 2013: 83-84) y, en 1938, con el empalme del gobierno saliente de Alfonso López Pumarejo y el entrante de Eduardo Santos, la Ley 96 creó el Ministerio del Trabajo, Higiene y Previsión Social (Jaramillo Jaramillo et al., 2016: 18; Quevedo V. et al., 1990: 32-33).

¹⁴⁷ Dicho Ministerio surge de la separación de los asuntos de trabajo y los de higiene que dieron como resultado la conversión del Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social, en dos nuevos ministerios: el de Trabajo y el de Higiene Pública. Este último surgió por la Ley 27 del 2 de diciembre de 1946, cuando ya el Partido Conservador estaba nuevamente en el poder, representado por el presidente Mariano Ospina Pérez (Quevedo V. et al., 1990: 35).

[...] La recomendación de los actuarios era comenzar a armar todo el sistema pensional y no meterse en el tema de la salud hasta que se tuviera una base financiera porque le iba a consumir muchos recursos. [El Instituto] era una copia del modelo alemán de Bismarck¹⁴⁸. En vez de hacerse eso, los estudios se fueron prolongando hasta el año 67 cuando se retomaron, mientras que el tema de salud, empezó en el año 1949. En el 51, ya estaba prácticamente quebrado, porque financieramente la carga era muy grande. (Quinche Toro, citado por Jaramillo Jaramillo et al., 2016: 22)

A pesar de esto, el Instituto logró sobreaguar más de 60 años prestando servicios de atención médica a un importante porcentaje de la población colombiana. Durante este tiempo, “varios gobiernos intentaron modificarlo, revivirlo, liquidarlo o acabarlo, pero ninguno lo logró de manera definitiva”¹⁴⁹ (Quinche Toro, citado por Jaramillo Jaramillo et al., 2016: 22).

Como dijimos atrás, Álvaro Uribe Vélez había iniciado su primer período como presidente de la República, en el 2002, y como parte de sus promesas de campaña estuvo la de no liquidar el entonces denominado Instituto del Seguro Social (ISS). No obstante, la acumulación anual de

¹⁴⁸ Según Vicente Navarro, el modelo bismarckiano de seguridad social, el primero de corte corporativo estatal, fue creado entre 1883 y 1889, por medio de la Ley de Seguridad en Salud (*Health Security Act*), como respuesta de los partidos Conservador y Social Cristiano, que se sentían amenazados por una clase trabajadora en ascenso agrupada y organizada en el Partido Social Demócrata. El evento que disparó la promulgación de esta ley fue el estallido de la Comuna de París, en 1871, por el cual los trabajadores socialistas parisinos se tomaron la ciudad y crearon el primer Estado socialista de la historia, aprovechando el vacío de poder dejado por la derrota del Segundo Imperio Francés de Napoleón III de parte de los ejércitos prusianos comandados por Bismarck (Gómez Paz, 2018: 4; Navarro, 1989: 892). Este seguro, que incluía un seguro de enfermedad (1883), otro contra accidentes de trabajo (1884) y un seguro de jubilación (1889), creó una institución financiada de manera tripartita entre el Estado, los patronos y los trabajadores: “la cotización de los trabajadores y empleadores era del orden del 3 % y 4,5 % de la retribución mensual, en tanto que la gestión estaba a cargo de cajas o fondos locales en cuya dirección se hallaban representados aquellos (dos tercios y un tercio, respectivamente) y el Estado asumía ciertos gastos administrativos” (Gómez Paz, 2018: 4).

¹⁴⁹ Solo hasta el 2015 se firmó el decreto de liquidación definitiva (Jaramillo Jaramillo et al., 2016: 22), por medio del cual “quedarán automáticamente suprimidos todos los cargos existentes y terminarán las relaciones laborales” (Quinche Toro, citado por Jaramillo Jaramillo et al., 2016: 22).

pérdidas del Instituto llegó a alcanzar la cifra de 600 000 millones de pesos. Con el apoyo de Juan Luis Londoño de la Cuesta, ahora Ministro de Trabajo y de Salud (2002-2003)¹⁵⁰, y en el marco de la Ley 100 de 1993, por la cual se habían creado las Empresas Promotoras de Salud (EPS) como empresas privadas, se concretó la decisión de escindir el Instituto del Seguro Social y crear el Ministerio de Protección Social, que fusionó los Ministerios de Salud y Trabajo, cargo para el cual fue nombrado Londoño de la Cuesta. Este proceso dividió las responsabilidades de la Institución en dos secciones. Una, que continuaría encargada exclusivamente del aseguramiento (pensiones y prestaciones sociales). La otra parte, que se llamó EPS del Seguro Social, tomó a su cargo la prestación de los servicios de salud de los afiliados. Para la organización de esta segunda sección, Londoño de la Cuesta coordinó el proceso para que las 37 clínicas y los 204 centros de atención ambulatoria que tenía el ISS se agruparan en siete Empresas Sociales del Estado (ESE), que deberían tener carácter de autosostenibles. La EPS del Seguro Social contrataría exclusivamente con esas ESE los servicios de salud para sus afiliados, por los siguientes tres años (Jaramillo Jaramillo et al., 2016: 22-23).

Poco tiempo después, y debido a que las deudas continuaban acumulándose, así como sus problemas de funcionamiento por la concentración de pacientes de alto costo, las convenciones colectivas con los trabajadores, la burocracia, la corrupción, el pasivo pensional, el gigantismo en la nómina y las grandes fallas administrativas, solo quedaba como camino posible su liquidación (Jaramillo Jaramillo et al., 2016: 23). Fue en este sentido que el presidente Uribe procedió a liquidarlo en 2006, a partir de la idea de tener “un servicio social transparente y unas clínicas del Seguro Social tan eficientes como las del sector privado [siguiendo] en lo que ha sido nuestro camino, fomentar la inversión privada, no dismantelar el Estado, reestructurarlo, sustraerlo de las prácticas clientelistas”. Esta idea directiva era coherente

¹⁵⁰ Después de salir del Ministerio de Salud, al final del gobierno de César Gaviria Trujillo, Londoño fue contratado por el Banco Interamericano de Desarrollo durante los años 1996-1997. Entre 1997 y 2001 fue presidente de publicaciones de la revista *Dinero* y, entre 2001 y 2002, actuó como coordinador y director programático de la Campaña Presidencial de Noemí Sanín Posada. El 7 de agosto de 2002, se posesionó como ministro de Trabajo y Salud del presidente Álvaro Uribe Vélez (Currículum Juan Luis Londoño de la Cuesta: <http://juanluislondono.org/doc/Curriculum.pdf>).

tanto con los lineamientos de una reforma de la seguridad social integral previamente establecidos por la Ley 100, como con el modelo neoliberal en salud que él respaldaba (Uribe Vélez, citado por Jaramillo Jaramillo et al., 2016: 23).

El gobierno tomó la decisión de comenzar un plan piloto en Cartagena con la Clínica Enrique de la Vega. Esta, que se encontraba “sumida en un verdadero caos administrativo, presa de la burocracia, la corrupción y la pésima atención a los usuarios, [...] padecía de muchos males”. Como todos los actores participantes pretendían sacar algún tipo de beneficio, el Gobierno optó por recurrir a aquellas instituciones eclesíásticas que tenían experiencia en el sector salud. “Fue entonces cuando surgió la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios para hacerse cargo de la Clínica, mostrando excelentes resultados en muy poco tiempo” (Jaramillo Jaramillo et al., 2016: 23-24). La Clínica les había sido entregada por el Gobierno en la figura de “comodato” y, en mayo de 2008, el presidente de la República y el ministro de Protección Social, Diego Palacio Betancourt, visitaron la Clínica y manifestaron su satisfacción con los resultados de la intervención de la Orden. Entonces, su provincial, el hermano Carlos Mario Rendón, propuso continuar una labor similar en los hospitales de Bogotá (Jaramillo Jaramillo et al., 2016: 29).

Probado, pues, el modelo de Cartagena, “el desafío era implementarlo en Bogotá”. La institución que surgió como candidata para este experimento fue la Empresa Social del Estado (ESE) Luis Carlos Galán Sarmiento, “que tenía a la Clínica San Pedro Claver como su mayor emblema y de alguna manera como su mayor problema”¹⁵¹. Como consecuencia, la Orden Hospitalaria San Juan de Dios fue encargada por el gobierno del presidente Uribe Vélez de recuperar esta Clínica¹⁵². Pero, para esto, surgió un obstáculo mayúsculo:

¹⁵¹ Esta ESE contaba con una red hospitalaria compuesta por cuatro clínicas, operadas en ese momento por la Caja de Previsión Social de Comunicaciones (CAPRECOM): la San Pedro Claver, la Carlos Lleras Restrepo, la Misael Pastrana Borrero y la Clínica del Niño; y 17 centros de atención ambulatoria ubicados en Bogotá y que atendían a 794 000 afiliados del Seguro Social (Jaramillo Jaramillo et al., 2016: 23-24).

¹⁵² La Clínica San Pedro Claver había sido inaugurada en 1962 por el entonces presidente de la República, Alberto Lleras Camargo, y fue durante mucho tiempo una de las instituciones de salud más destacadas de la ciudad de Bogotá. En el momento de su liquidación, tenía una de las Unidades de Cuidado Intensivo más grandes del país. Así mismo, era líder en las cirugías de trasplante renal y de reemplazo articular de cadera, contaba con 19 salas

la intención del Gobierno era vender hospitales y no continuar otorgándolos en comodato, pues, con excepción del caso de Cartagena, esta figura había resultado un fracaso¹⁵³ (Jaramillo Jaramillo et al., 2016: 30).

Sin embargo, aunque la Orden tenía una importante experiencia en la administración de hospitales, no era lo suficientemente fuerte desde el punto de vista económico y, por lo tanto, “no contaba con el dinero para comprar y, mucho menos, para poner a funcionar un proyecto de esa envergadura”. Pero todos los augurios y estudios decían que esta era una muy buena oportunidad para continuar desarrollando su misión en el ámbito socio-sanitario. Aunque parte de los directivos de la Orden querían hacerse cargo de toda la red, era claro para ellos que no sería posible hacerlo solos. Según el ministro de Protección Social, “no era fácil encontrar quien cumpliera con todos los requisitos porque, en la práctica, ese comprador con esas características no existía, por lo menos hasta ese momento”¹⁵⁴ (Jaramillo Jaramillo et al., 2016: 24). “Surgió [entonces] la posibilidad de hacer alianzas, algo a lo que no estaban acostumbrados en Colombia, aunque en Europa sí, sobre todo en España. Se pensó en las cajas de compensación de Bogotá [...] se le planteó el tema de manera informal a Néstor Rodríguez Ardila [Director General] de la Caja de Compensación Familiar Compensar”, quien se comprometió a estudiar el proyecto (Jaramillo Jaramillo et al., 2016: 30).

Entre tanto, la Orden escaló el proyecto ante la Curia General en Roma, la cual lo aprobó como viable y ordenó empezar con las gestiones. No obstante, como el problema de la falta de los recursos suficientes continuaba

de cirugía y era considerada la primera clínica de alta tecnología del país. No obstante, en 2007 se había vuelto el símbolo de la mala atención y arrastraba el lastre de los problemas relacionados con la crisis acumulada del Seguro Social hasta ese momento (Jaramillo Jaramillo et al., 2016: 24).

¹⁵³ Aunque la primera intención fue vender en bloque toda la ESE Luis Carlos Galán Sarmiento, el proyecto se fue a pique, “primero por el alto costo que eso implicaba para los posibles compradores y, segundo, por las deplorables condiciones que tenían muchas de las instituciones” (Jaramillo Jaramillo et al., 2016: 24).

¹⁵⁴ Como cuenta Jaramillo, “según el ministro de Protección Social de ese entonces, Diego Palacio Betancourt, el gobierno estableció [varias] condiciones básicas para llevar a cabo el proceso [de venta] mediante una convocatoria pública: los proponentes tenían que tener recursos para comprar y renovar; tenían que continuar la actividad docente-asistencial; y, en la medida de las posibilidades, darle estabilidad a la planta de trabajadores” (Jaramillo Jaramillo et al., 2016: 24).

vigente, la Curia solicitó conseguir socios que compartieran de alguna forma los ideales de la Orden. Como lo recuerda María Paz Azula, “nos fuimos a Argentina a presentarle el proyecto al General de la Orden, el padre Donatus Forkan”. Aunque en un principio el general se opuso al proyecto, cuando se le mencionó la posibilidad de alianza con las cajas de compensación y con una entidad universitaria de prestigio, él aceptó que se siguiera estudiando el proyecto (Jaramillo Jaramillo et al., 2016: 30).

Después de varios intentos de negociación con algunas de las cajas de compensación familiar, como Cafam y Colsubsidio, Compensar se decidió a participar. Según Néstor Rodríguez Ardila:

Un día conversando con la gente de la Orden, con los que teníamos una buena relación [...] nos propusieron que por qué no hacíamos algo con las clínicas del Seguro Social en Bogotá. Arrancamos a conversar, nos pusimos de acuerdo en hacer un ordenamiento institucional. Nosotros no teníamos una presencia en la prestación del servicio hospitalario y habíamos comenzado a ser fuertes en la prestación del primer nivel. Entonces nos empezaba a parecer atractivo incursionar en el tema hospitalario. (Rodríguez Ardila, citado por Jaramillo Jaramillo et al., 2016: 31)

Para completar una de las exigencias del Gobierno de que los proponentes debían asegurar una actividad docente-asistencial, surgió, en el seno de la Orden, el nombre de la Universidad del Rosario, entidad a la que consideraban “una Institución absolutamente prestigiosa, con la que la Orden tenía relación y que, además tenía la situación particular de no contar con un Hospital para la práctica de sus estudiantes” (Jaramillo Jaramillo et al., 2016: 31).

En efecto, y como lo hemos relatado, la Universidad del Rosario venía trabajando de tiempo atrás en colaboración con la Orden en el Hospital Universitario Clínica San Rafael y en la Clínica de Nuestra Señora de la Paz y, coyunturalmente, desde hacía varios años se encontraba en una búsqueda para tener un hospital universitario propio. En palabras de Néstor Rodríguez Ardila, el Rosario era un “socio chusco” (Jaramillo Jaramillo et al., 2016: 31). Al respecto, el rector de ese momento, Hans Peter Knudsen, estuvo al frente del proyecto y afirmó:

Después del rompimiento con la Sociedad de Cirugía de Bogotá, el Hospital de San José, el Rosario venía buscando una respuesta a su necesidad de Hospital Universitario, habiendo pasado por más de quince posibilidades, que iban desde construir un Hospital, comprar, aliarse o arrendar. Habíamos buscado todos los escenarios posibles y ninguno había logrado cuajar¹⁵⁵. El Rosario tenía y tiene con la Orden San Juan de Dios, un vínculo histórico muy profundo, al punto que Fray Miguel de Isla, uno de los primeros profesores de la Facultad de Medicina, era un Hermano Menor de la Orden. Cuando nos lo plantearon, lo vimos atractivo pero utópico, en esa primera instancia, porque era la clínica San Pedro Claver y toda la red del Seguro. (Knudsen Quevedo, citado por Jaramillo Jaramillo et al., 2016: 31)

Cada uno de los involucrados tenía sus propios intereses, así como sus propias limitaciones. Para el Rosario era fundamental tener un hospital universitario de alto nivel, lo que no era posible con los propios medios de la institución; para la Orden, era una oportunidad de hacer crecer su gestión hospitalaria en términos de cobertura; y para Compensar era una movida estratégica para lidiar con la situación por la que el país estaba pasando, relacionada con las instituciones de salud. Además, como asegurador, Compensar necesitaba ampliar su red de servicios. Por esta razón, la forma jurídica más apropiada para concretar esta colaboración fue la de una corporación. Esta nació bajo el nombre de Corporación Hospitalaria Juan Ciudad, en honor a San Juan de Dios¹⁵⁶, fundador de la Orden Hospitalaria, la cual permitió canalizar los esfuerzos de los corporados y proyectar sus objetivos individuales y colectivos, como una “corporación civil sin ánimo de lucro de carácter privado e interés social inspirada en principios cristianos, católicos y éticos,

¹⁵⁵ Recuérdese entre estos intentos el de la construcción de un Hospital propio con la institución católica norteamericana Christus Health. Como se relató atrás, un día cualquiera, la Universidad había concertado una cita en el Campus para afinar los detalles, pero los representantes de Christus Health nunca llegaron. “Como si fuera cosa del destino, ese mismo día en la tarde, María Paz Azula [directora provincial de la Orden Hospitalaria en Colombia] tomó el teléfono para hablar con el Rector e invitarlo a concretar su participación en el Proyecto, como finalmente ocurrió” (Jaramillo Jaramillo et al., 2016: 31).

¹⁵⁶ El nombre original del personaje portugués conocido hoy como San Juan de Dios era João Cidade Duarte, en español Juan Ciudad Duarte.

que se rige por la Constitución colombiana”, en beneficio de la salud de los colombianos (Jaramillo Jaramillo et al., 2016: 33).

Después de superadas las dificultades de diferente carácter, y con el apoyo del Banco Santander como entidad crediticia, por intermediación de las Provincias Españolas de la Orden San de Juan de Dios, se logró comprar la Clínica San Pedro Claver, a la cual se denominó Hospital Universitario Mayor, junto con las siguientes instituciones de la ESE Luis Carlos Galán Sarmiento: la Clínica Misael Pastrana Borrero, bajo el nombre de Hospital Universitario Barrios Unidos, que abarcaba también el Centro de Atención Ambulatoria Hernando Zuleta; y el Centro de Atención Ambulatoria Alquería-Fragua, bajo la denominación de Unidad Ambulatoria Alquería (Jaramillo Jaramillo et al., 2016: 31).

Como lo menciona Andrés Isaza Restrepo, la Clínica San Pedro Claver empezó a existir como Hospital Universitario Mayor desde el 1.º de mayo del 2008 a las 0 horas (Isaza Restrepo, 2015):

Había 740 pacientes, un número muy alto. Ese no era el número que podía soportar el hospital, estaba totalmente inflado, por lo que nadie le prestaba servicio, estaban los famosos pacientes tirados en el suelo. ¡Una cosa espantosa! Con puntillas para colgar el suero y cartones para que no estuvieran en contacto físico directo contra el suelo. Eso era realmente dantesco, era terrible, era espantoso. Se hizo un resumen de historia clínica a cada paciente, no existía la historia digital, se hizo un resumen de historia clínica manual, se reemplazó toda la papelería del hospital, toda la papelería dejó de ser del San Pedro Claver y se mantuvo el personal, llamémoslo científico. Entonces médicos, enfermeras y bacteriólogas se mantuvieron, y esa misma noche, a las 0 horas, entró una nueva compañía de vigilancia, [...] desde el punto de vista de facturación y todo, y, tomándole también, robándole palabras al Doctor Jaramillo¹⁵⁷, fue cómo reemplazarle el cerebro y el corazón a un jumbo en marcha y dejarlo volar. Cuando lo tomamos, lo tomamos. (Isaza Restrepo, 2015)

¹⁵⁷ Orlando Jaramillo, presidente Méderi.

Los corporados (Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, Compensar y Universidad del Rosario) acordaron que esta última tendría bajo su responsabilidad el direccionamiento relacionado con educación e investigación. Acorde con ese propósito, la Universidad presentó a la Junta Directiva los nombres de los profesionales que ocuparían los siguientes cargos: director científico, Rafael Riveros Dueñas; jefe de Educación Médica, Juan Mauricio Pardo Oviedo; y jefe de Investigación, Jaime Enrique Ruiz Sternberg. Los jefes de departamento fueron: Departamento de Clínicas Médicas, Francisco González López; Departamento de Ciencias Quirúrgicas, Carlos Sefair Cris-tancho; Departamento de Urgencias, Yuri Bustos Martínez; Departamento de Rehabilitación, Luis Fernando Rodríguez Ibagué; y Departamento de Ginecología y Obstetricia, Javier Ardila Montealegre. Estos profesionales tenían vinculación en calidad de profesores de la Universidad del Rosario y jefes del departamento de esta nueva organización, manteniendo estrechos vínculos con las directivas de ambas instituciones, situación que permitió un trabajo ágil y eficaz durante los primeros meses de funcionamiento (Jaramillo Jaramillo et al., 2016: 44; Palacios Sánchez, 2017-2019).

Se programó entonces que el traslado de estudiantes del Programa de Medicina se iniciaría cuando las condiciones materiales y de recursos humanos estuviesen a la misma altura o mejor que las de los centros de práctica por los que estaban rotando en ese momento. Por lo tanto, los primeros estudiantes comenzaron a llegar a partir del 1.º de agosto de 2008 y se continuó escalonadamente su traslado (Latorre Santos, 2018-2020; Palacios Sánchez, 2017-2019).

En efecto, la adquisición y adecuación de las instalaciones no fue tarea fácil: implicó una gran cantidad de inversión de recursos y de esfuerzos para mejorar la planta física y los servicios de cada una de las instituciones. Un ejemplo de esto fue la adecuación física del noveno piso del Hospital Universitario Mayor para convertirlo en un espacio adecuado para la docencia, así como la dotación de una biblioteca en esta nueva sede de la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad del Rosario (Jaramillo Jaramillo et al., 2016: 44). Todo esto estuvo enmarcado en un convenio docente-asistencial de exclusividad para programas de pregrado en salud existentes en la Universidad del Rosario, con una vigencia de veinte años (Latorre Santos, 2018-2020).

Junto con los procesos de adecuación, se presentó la necesidad de construir la identidad de la Corporación por medio de una marca para “hacer olvidar el Seguro Social y la San Pedro Claver que seguían frescos en el imaginario popular con todo lo que eso significaba” (Jaramillo Jaramillo et al., 2016: 47). Así, entonces, la Junta Directiva, en la cual la Universidad tuvo asiento desde el inicio, abrió una licitación que ganó la agencia de mercadeo TXT, la cual, bajo las indicaciones de los corporados, apoyados en los principios de hospitalidad, servicio, educación, investigación y ciencia, y después de una larga deliberación de hasta 300 nombres, en 2009 se estableció el nombre de “Méderi”, término castellanizado, derivado de una conjugación (*medēri*) del verbo en latín *medeor*, que significa “curar”. Así mismo, se elaboró un logotipo, representado por dos manos que se entrelazaban, el cual tenía como inspiración los pactos de hospitalidad del Imperio Romano (Jaramillo Jaramillo et al., 2016: 46-48), acompañadas del lema “Hospitalidad y Ciencia”.

Para 2014 fue importante para la EMCS el fortalecimiento progresivo de la relación con Méderi a través de la participación en el Comité Ejecutivo del entonces vicerrector de la Universidad, Alejandro Venegas Franco, quien lo presidía; del asesor de Rectoría, Gustavo Quintero Hernández; y, del decano, Leonardo Palacios Sánchez. Por parte de Méderi, asistían a este Comité su presidente, Orlando Jaramillo; el director hospitalario, Néstor Bustamante Ramírez; y el director científico, Rafael Riveros Dueñas. Este Comité, que aún funciona y cuya dirección se rota cada año, ha servido desde el momento de la primera implementación de la reforma curricular de Medicina para fortalecer las conexiones y la presencia del Rosario en el Hospital (Latorre Santos, 2018-2020; Palacios Sánchez, 2017-2019; Quintero Hernández, 2018).

Así mismo, es importante rescatar el interés de Méderi, desde su fundación, por convertirse en una red con dos hospitales universitarios, condición que, para el momento, estaba reglamentada por la Ley 1164 de 2007, del Talento Humano en Salud. Para esto, se contrató un estudio externo a partir del cual se definió la necesidad de estructurar planes de mejoramiento para cumplir con los requisitos previstos por dicha ley (Universidad del Rosario. Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, 2014: 6), cosa que se ha venido haciendo constantemente desde la adquisición de la red de hospitales. Sin embargo, la Unidad Ambulatoria Alquería no pudo ser aprovechada por la Universidad, ya que por falta de rentabilidad fue vendida por la Corporación

(Latorre Santos, 2018-2020; Quintero Hernández, 2018). En el caso de la Unidad Zuleta Holguín, esta fue entregada en concesión a la Corporación Andar (Latorre Santos, 2018-2020).

No obstante, el Hospital Mayor fue concebido desde un principio como un centro de atención médica y no como una organización de conocimiento. Aunque la institución ha venido cambiando sustancialmente en infraestructura, calidad y servicios, lamentablemente desde su origen no ha contado con los elementos que deben asegurarse para ser reconocida como una organización del conocimiento y, por lo tanto, como Hospital Universitario (Gómez Córdoba, 2018).

Reorganización del Internado Rotatorio

En 2002, el Consejo Académico consideró que era indispensable que todos los alumnos de internado rotatorio (semestres XI y XII) tuviesen un mínimo de seis meses de rotaciones nucleares por las cuatro grandes especialidades y se eliminó el internado 100 % flexible. Estas modificaciones al reglamento de internos también incluyeron la clarificación de la necesidad de incluir créditos de educación continuada, contar con los cursos de educación médica obligatorios y permanentes y la clarificación de los términos para fallas, premios y notas¹⁵⁸. El modelo de seis meses de internado clásico y seis meses flexibles se mantiene con mínimos cambios hasta la actualidad (Ruiz Sternberg, Beltrán & Palacios Sánchez, 2006).

Como se dijo atrás, a partir del primero de mayo de 2008 la Facultad tuvo la posibilidad de contar con los campos de práctica de Méderi. En la reunión del Comité Curricular del 6 de agosto de 2008 se definió una primera propuesta para el desarrollo del internado en las instalaciones de la Corporación, que recibirían 150 internos por año¹⁵⁹.

Los Programas de Especialización durante decanatura en propiedad de Leonardo Palacios

Durante 2005, el Consejo Académico aprobó la creación del programa de Especialización en Retina y Vítreo en convenio con la Fundación Oftalmológica

¹⁵⁸ Acta n.º 70 del Consejo Académico del 14 de noviembre de 2002: 1-2.

¹⁵⁹ Acta 09/08 del Comité Curricular del 6 de agosto de 2008.

Nacional (FUNDONAL), que surtió todos los trámites ante las autoridades competentes y continúa ofreciéndose en la actualidad. Se consideró, así mismo, la posibilidad de crear las especializaciones en Medicina Tropical y Enfermedades Infecciosas en alianza con el *Koninklijke Instituut voor de Tropen* (KIT) de Holanda (Real Instituto de Medicina Tropical), y en Entomología Médica¹⁶⁰, aunque estos últimos programas no fueron creados. En mayo de 2006, se presentó ante el Consejo Académico una propuesta para la creación del programa de Especialización en Endocrinología Ginecológica e Infertilidad. El Consejo aprobó continuar con los trámites necesarios para la creación del programa¹⁶¹, que finalmente no abrió. En la misma sesión del Consejo Académico se presentó la propuesta de creación del programa de especialización en Dolor y Cuidado Paliativo, el cual fue aprobado¹⁶² y se abrió teniendo como base el Hospital Universitario Mayor¹⁶³.

En el acta n.º 114 del Consejo Académico, del 9 de marzo de 2006, se planteó la situación de especialistas vinculados a campos de práctica que tenían convenio docente-asistencial con la Universidad del Rosario y que habían realizado sus estudios de segunda especialización fuera del país y no los habían convalidado. Estos habían además participado en la elaboración del documento maestro que dio origen a nuevos programas de especialización en áreas médico-quirúrgicas (por ejemplo: anestesia cardiotorácica, medicina estética y aplicación de láser, neurofisiología clínica, cirugía vascular periférica y neonatología, entre otros). Esta situación exigió la puesta marcha de un proceso de convalidación de títulos para los profesores creadores de programa, previo análisis de la oficina de Educación Médica, con el acompañamiento de la Oficina Jurídica¹⁶⁴. El resultado final fue la expedición del Decreto Rectoral n.º 928 de 2006, mediante el cual se establecieron los mecanismos necesarios para dicha convalidación¹⁶⁵.

¹⁶⁰ Acta n.º 107 del Consejo Académico del 27 de julio de 2005: 2.

¹⁶¹ Acta n.º 116 del Consejo Académico del 22 de mayo de 2006: 3.

¹⁶² Ídem: 3.

¹⁶³ Universidad del Rosario (s.f.). Especialización en Medicina del Dolor y Cuidado Paliativo. Recuperado de <http://www.urosario.edu.co/Escuela-de-Medicina/Especializacion-en-Medicina-Dolor-y-Cuidado-Paliativo/Inicio/>

¹⁶⁴ Acta n.º 114 del Consejo Académico del 9 de marzo de 2006: 2-4.

¹⁶⁵ Acta n.º 121 del Consejo Académico del 12 de diciembre de 2006: 8.

Valga la pena anotar que para ese entonces había un número significativo de médicos en Colombia que ejercían como especialistas, sin tener el título correspondiente. ASCOFAME, en su sesión 163 de su Consejo Directivo del 2006, promulgó el acuerdo n.º 43, mediante el cual presentaba a las facultades de medicina la posibilidad de llevar a cabo un proceso de evaluación de las hojas de vida de médicos que estuviesen en dicha condición para que estos pudiesen solicitar aval del título a las facultades de medicina afiliadas a la Asociación, que tuvieran registro calificado para tal efecto. Instituciones de educación superior como la Universidad El Bosque y la Universidad Militar Nueva Granada habían establecido un programa de convalidación de títulos para profesionales que se encontraban en dichas condiciones. La decisión de la Universidad del Rosario fue no participar en este proceso y otorgar el título exclusivamente a los profesores que habían participado en la creación de sus programas de especialización¹⁶⁶.

Uno de los propósitos institucionales ha sido la realización de actividades en conjunto entre las diferentes unidades académicas. Producto de dicha dinámica, gracias al liderazgo de Ana Isabel Gómez, se llevó a cabo una propuesta de creación de una especialización en Derecho Médico y Sanitario para ser ofertada por las Facultades de Jurisprudencia y de Medicina. Las personas designadas para la elaboración del documento maestro fueron, desde la Facultad de Jurisprudencia, María Patricia Castaño de Restrepo y, desde la Facultad de Medicina, Ana Isabel Gómez Córdoba. Como aspecto innovador, el programa tenía la posibilidad de admitir abogados y profesionales de ciencias de la salud. Para ese entonces era el único programa de la Facultad de Jurisprudencia que abría sus puertas a profesionales de áreas diferentes al derecho. La propuesta fue presentada ante las autoridades de la Universidad y el Ministerio de Educación, la cual obtuvo su registro calificado. En consecuencia, el programa comenzó a ofertarse desde el 5 de septiembre de 2006. Sus directores para la fecha de finalización de esta investigación son Ana Isabel Gómez, por la EMCS, y Diana Rocío Bernal Camargo, por la Facultad de Jurisprudencia (Gómez Córdoba, 2019-2020; Palacios Sánchez, 2017-2019).

¹⁶⁶ Acta n.º 114 del Consejo Académico del 9 de marzo del 2006: 3 y Anexo: Decreto n.º 43 de mayo de 2006 de ASCOFAME.

En la Fundación Santafé, en febrero de 2001, se iniciaron trámites para la creación de la Especialización en Gestión Hospitalaria, teniendo como base dicha institución¹⁶⁷, el cual obtuvo su registro calificado en octubre del mismo año. La primera cohorte inició el curso en 2007 y la última en 2009, cuyos sus últimos alumnos se graduarían en 2011. Sin embargo, fue necesario cerrarlo debido a que la forma como estaba programado en términos de dedicación horaria no coincidía con la reglamentación legal vigente para este tipo de programas pero, también, porque la Universidad decidió darle prioridad a la Maestría en Administración en Salud, creada por la Facultad de Administración (Latorre Santos, 2018).

En 2006, y a medida en que el Programa de Psicología empezó a posicionarse, se presentó una oportunidad para la creación de una Maestría en Mediación Familiar y Comunitaria con doble titulación con la Universidad de “Sacro Cuore” de Milán. Esta Maestría contaba con la cofinanciación de la Unión Europea y de la Universidad del Rosario. El proyecto llegó a feliz término y la Maestría fue aprobada por el Ministerio de Educación Nacional. Las clases iniciaron durante el segundo semestre de 2006, con maestrantes que provenían, en su mayoría, de la Secretaría de Gobierno de Bogotá y del Obispado Castrense, y se impartió en las instalaciones de la Quinta de Mutis, en forma semipresencial. Su directora en la Universidad del Rosario fue María Isabel González Jaramillo y su director en la Universidad de Milán fue Vitorio Chigoli. En la reunión n.º 119 del Consejo Académico, del 31 de julio de 2006, se estableció el perfil de los profesores que impartirían docencia en dicho programa y se llegó a la conclusión de que debían contar con estudios básicos en Psicología, Especialización en Docencia Universitaria o Maestría en Educación¹⁶⁸. Profesores italianos periódicamente visitaban la Universidad del Rosario para impartir cátedra y reunirse con los alumnos. A ellos se sumaban los profesores colombianos expertos en el tema. El Programa, que contó con veintiocho alumnos, se ofreció por una sola vez (González, 2018).

¹⁶⁷ Acta n.º 47 del Consejo Académico del 20 de febrero de 2001: 3-4.

¹⁶⁸ Acta n.º 119 del Consejo Académico del 31 de julio de 2006: 2.

Creación del Doctorado en Ciencias Biomédicas

En 2008 se creó un grupo de trabajo compuesto por Ana Isabel Gómez, Sandra Ramírez, Felio Bello, Luisa Matheus, María Orfa Rojas, Ruth Garzón y Antonio Miguel Cruz con el objetivo de crear un programa de doctorado que contribuyera “[...] a la formación de investigadores con principios éticos, capaces de generar conocimiento pertinente y original en el área de las Ciencias Biomédicas y de trabajar en un ámbito de interacción interdisciplinar en temáticas que aporten al mejoramiento de la salud y el entorno humano de los colombianos y por ende, de la humanidad”¹⁶⁹. Este programa surgió en el marco del “Plan Integral de Desarrollo (PID)”, fundamentado en el principio de “crecimiento con calidad e identidad”, y en el cual se definieron los lineamientos de desarrollo institucional del período 2004 al 2015. Según el profesor Felio Bello, integrante del grupo de trabajo, el programa inició a partir del segundo semestre de 2010 (Bello, 2019).

Nuevos desarrollos de la investigación

Durante la decanatura en propiedad de Leonardo Palacios, se continuó el fortalecimiento de la investigación por tres mecanismos:

1. Apertura de convocatorias para la contratación de nuevos docentes, las cuales incluían entre sus requisitos que los candidatos contaran con su título de doctorado, para que, al vincularse a la Universidad, pudiesen reforzar a los grupos existentes, o crear nuevos grupos o líneas de investigación.
2. De acuerdo con las proyecciones y necesidades de cada Unidad Académica, seleccionar profesores ya vinculados para apoyar su formación doctoral nacional o internacional.
3. Establecer convenios con institutos de investigación independientes, que ya tuvieran grupos reconocidos por COLCIENCIAS, y que pudieran tener un segundo aval. Se pretendía que, mediante alianzas con la Universidad, pudieran desarrollar investigaciones conjuntas. Estos convenios contemplaban la posibilidad de seleccionar investigadores

¹⁶⁹ Documento Maestro del Programa de Doctorado en Ciencias Biomédicas. Copia del documento amablemente cedida por Sandra Ramírez Clavijo.

vinculados a estos institutos para contratarlos como profesores de la Universidad.

En el marco de estas nuevas políticas, la Universidad del Rosario apoyó al profesor Carlos Martín Restrepo Fernández para que terminara su Doctorado en Genética en la Universidad de Guadalajara. Entre tanto, en el primer semestre de 2003, él creó el Grupo de Genética e Investigación de la Universidad del Rosario. Como resultado de esta misma política, desde julio de 2003 el profesor Germán Zuluaga Ramírez fue vinculado a la Facultad de Medicina, momento en que también organizó el Grupo de Investigación de Estudios en Sistemas Tradicionales en Salud, dedicado al conocimiento de las prácticas medicinales de los pueblos indígenas de Colombia. Las actividades del profesor Zuluaga con la Universidad eran muy limitadas, pues solo dedicaba cuatro horas semanales en esta. No obstante, sus investigaciones aportaban conocimientos interesantes e importantes que intentaban vincular las prácticas de salud comunitaria con las prácticas médicas tradicionales. Estos dos grupos de investigación continúan activos en la Universidad.

Convenio con la Corporación de Investigaciones Biológicas (CIB)

Igualmente, el 8 de febrero de 2005, la Universidad firmó un acuerdo de asociación con la Corporación de Investigaciones Biológicas (CIB) de Medellín, de la cual ya era socia la Universidad de Antioquia, pero que en ese momento comenzó a desarrollar una estrategia para vincular a nuevos socios que aportaran nuevos recursos financieros y permitieran la ampliación de su capacidad de investigación. Dicha institución era, en ese momento, uno de los más destacados centros de investigación en ciencias básicas médicas y contaba con una trayectoria de 39 años, con destacadas figuras, entre las que se resaltan dos de sus fundadores, la micóloga Ángela Restrepo Moreno y el inmunólogo William Rojas Montoya. A través de este convenio, que contemplaba un aporte económico por parte de la Universidad y representación del rector o su delegado en la Junta Directiva¹⁷⁰, se impulsaron desarrollos

¹⁷⁰ Usualmente los participantes en representación del rector eran el decano Leonardo Palacios o la jefa del Programa de Medicina, Ana Isabel Gómez Córdoba.

académicos y científicos de alto reconocimiento nacional e internacional (Quintero Hernández et al., 2015)¹⁷¹. De común acuerdo con su directora científica, Ángela Restrepo Moreno, los primeros investigadores de dicha institución que se vincularon como profesores de la Facultad de Medicina fueron el reumatólogo y Dr. en Biología Juan Manuel Anaya Cabrera, y la reumatóloga y epidemióloga Adriana Rojas Villarraga, creando, en abril de 2007, el Centro de Investigaciones en Enfermedades Autoinmunes (CREA). Posteriormente, al modificarse las directrices del convenio, Anaya y Rojas se trasladaron a Bogotá hacia el año 2009, a la Sede de la Quinta de Mutis de la Universidad del Rosario (Anaya Cabrera, 2020).

Al inicio de este convenio, se comenzó a trabajar en la captación de pacientes con enfermedades autoinmunes cuya información y muestras eran enviadas de vuelta a Medellín, programa que se denominó CAPTE. Ya en la Universidad del Rosario, el CREA empezó a estudiar cuáles eran las características comunes de las enfermedades autoinmunes, con base en estudios que se habían adelantado en Medellín en familias y en pacientes con enfermedades autoinmunes (Anaya Cabrera, 2020: 6-7). Este grupo creó un importante semillero en el que se forman aún hoy una buena cantidad de médicos en formación y rurales. Desde su constitución, como lo menciona Anaya, “el proyecto y el hilo conductor del CREA ha sido siempre el mismo, que hemos llamado Tautología Autoinmune”, esto se refiere a la posibilidad de demostrar que hay muchos aspectos comunes en las enfermedades autoinmunes, tanto desde el punto de vista clínico y desde el del laboratorio como desde los agentes causales (Anaya Cabrera, 2020: 8-9).

El grupo estuvo dos años funcionando en Méderi hasta que la falta de un acuerdo contractual llevó a que el CREA buscara otras oportunidades en el medio hospitalario. Así, se han realizado diferentes vínculos y colaboraciones externas, en especial, el acuerdo con la IPS Artmedica, cuya sede en Bogotá era dirigida por el Grupo (Anaya Cabrera, 2020: 6).

En el marco del convenio con la CIB, Ángela Restrepo presentó las hojas de vida de dos investigadores para llenar dos plazas disponibles. Ellos fueron: Beatriz Gómez Giraldo, bacterióloga y *Pb. D.* en Micología Médica de

¹⁷¹ Universidad del Rosario. Medicina 50 años-Folleto <https://www.urosario.edu.co/Home/Principal/Orgullo-Rosarista/Adjuntos/50-anos-medicina/>

la University of London; y Oliver Keatinge Clay, físico y *Ph. D.* en Ciencias de la Vida de la Universidad de París VII. Estos destacados investigadores se encontraban radicados en los Estados Unidos, en el Center for Disease Control and Prevention de Atlanta (CDC). La profesora Gómez se vinculó con la directora Restrepo a la Unidad de Micología Médica y Experimental y Clay se vinculó a la unidad de Biología Celular y Molecular para fortalecer el grupo de Juan Guillermo McEwen. Así mismo, ambos colaboraron estrechamente con el desarrollo del Doctorado en Ciencias Biomédicas de la Universidad y dirigieron varias tesis de doctorado, que terminaron satisfactoriamente el proceso. Algunas de ellas fueron además calificadas como *suma cum laude*. Durante este período, se abrió la unidad de bioinformática, en donde se trabajaron las áreas de biología celular molecular de hongos y una línea de investigación en enfermedades cardiovasculares con el Centro Clínico y de Investigación SICOR. Esta última en cooperación con el cardiólogo Dagnóvar Aristizábal Ocampo, su director científico (Gómez Giraldo, 2019).

Se reactiva la idea de una reforma curricular

A pesar de la crisis que se había presentado con el primer intento de renovación curricular, impulsado por el rector Knudsen Quevedo, en 2005, después de la renovación de la Acreditación de Alta Calidad del Programa de Medicina, la situación comenzó a cambiar en mayo de 2008, cuando, con ocasión de la celebración del Día del Profesor, el vicerrector José Manuel Restrepo invitó a Gustavo Quintero Hernández para que dictara la conferencia magistral del acto. Este presentó una ponencia sobre la importancia de la educación virtual en la educación superior, en la cual recogió toda su experiencia sobre este tema, adquirida en los procesos de reforma curricular en los que había participado previamente en la Universidad de los Andes y en Unisanitas. Como resultado de esta conferencia, el vicerrector Restrepo lo invitó a que se vinculara al Rosario como asesor, para que le ayudara a revivir la reforma curricular de la Facultad de Medicina, proceso que se había quedado estancado (Quintero Hernández, 2019-2020).

Por lo tanto, por iniciativa del vicerrector José Manuel Restrepo y el apoyo del rector Knudsen Quevedo, Gustavo Quintero Hernández fue vinculado, a partir de septiembre de 2008, en calidad de profesor titular de

Cirugía, y asesor especial de la Rectoría, para continuar con el proceso de reforma curricular. Como él mismo lo menciona, su vinculación implicaba tres encargos desde la Vicerrectoría:

El primero, era crear la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, para integrar las dos facultades que existían; el segundo, era la [implementación de la] reforma curricular de medicina, que ya venía [planeándose] desde el 2005, después de la recomendación de los pares [...]; y, el tercero, era articular la Escuela con Méderi, realidad que estaba [pendiente desde] el año anterior, en 2008. (Quintero Hernández, 2018)

A partir de ese momento, Quintero puso en marcha los respectivos procesos para lograr estas tres tareas.

Vivencias de estudiantes formados en el currículo clásico de la Facultad

Al rededor de todas las transformaciones que la Facultad de Medicina había tenido desde que se integró como uno de los programas de la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud en el 2009, los estudiantes han sido un grupo fundamental en cómo se viven estos cambios y qué se puede mejorar en la Universidad. En este apartado queremos dejar un esbozo sobre cómo se sentían los estudiantes de Medicina en la Universidad del Rosario, que habían vivido el currículo y la enseñanza antes de la reforma curricular, que venía en proceso desde 2005, y que se graduaron antes de que se iniciara dicha reforma, o que se formaron en el currículo tradicional, pero que les tocó vivir la reforma que comenzó a funcionar paralelamente.

Para empezar, el ingreso a la Universidad del Rosario, para algunos de ellos, “gracias a las ayudas financieras ofrecidas por esta, al ser una universidad de tan alto prestigio, fue un reto y una agradable sorpresa que terminó brindándoles una educación de alta calidad a un precio asequible”¹⁷². En este mismo sentido, otro egresado refería “el alto reconocimiento social que implicaba entrar a estudiar Medicina y, por esto, lo considera como

¹⁷² Conversación con Juan Pablo Cubillos, ingresó en 2003 y se graduó en 2009. 22 de julio de 2020.

un proceso transformacional de llegar, en primer semestre con emoción y expectativa, e ir labrando un camino a lo largo de la carrera, mediando con este estatus social”¹⁷³.

Los egresados del pénsum inicial del Rosario con los que conversamos, coincidieron al afirmar que el Programa era percibido por los estudiantes como robusto, completo y exigente. Alguno refirió que para su familia de profesión médica el programa se destacaba por su excelencia. Afirmaron también que era común pensar que era normal tener una alta carga de estudio y de trabajo asistencial, pues se estaban preparando para atender personas y consideraban que “si más trabajas, mejores resultados vas a tener”¹⁷⁴. Adicional al componente disciplinar, consideran que recibieron una formación integral en la que destacan el colegaje y el ser miembros de una comunidad de gran renombre. En este sentido, también refirieron que el ambiente en el que se estudiaba era agradable y grato y que, con los que alguna vez fueron sus profesores, pudieron establecer relaciones de amistad y confianza que les ha permitido crecer en el mundo laboral¹⁷⁵.

Con todo y estos comentarios positivos, vale la pena destacar que uno de estos egresados remarcó que el momento en el que él estaba terminando su pregrado fue difícil, pues se sentía en una especie de limbo por vivir entre la separación de la Universidad del Rosario y la Sociedad de Cirugía, y, al hacer parte del primer grupo de internos que ingresaron a Méderi, sentía el “caos” en el que se recibió la antigua Clínica San Pedro Claver, centro hospitalario estatal para el que administrativos, profesores y estudiantes pusieron “su granito de arena” para ordenar y poder formar un Hospital Universitario como se deseaba¹⁷⁶. Experiencia que seguramente no fue vivida solo por una persona. Esta transición, y el divorcio final, marcó la historia de la Facultad, como hemos visto, desde una perspectiva institucional y organizacional,

¹⁷³ Conversación con Fabián Mantilla, ingresó en 2011 y se graduó en 2017. 21 de julio de 2020.

¹⁷⁴ Conversación con Juan Pablo Cubillos, 22 de julio de 2020, y Fabián Mantilla, 21 de julio de 2020.

¹⁷⁵ Conversación con Mauricio Chaparro, ingresó en 2010 y se graduó en 2015. 22 de julio 22 de 2020.

¹⁷⁶ Conversación con Juan Pablo Cubillos, ingresó en 2003 y se graduó en 2009. 22 de julio de 2020.

pero también la experiencia de docencia, aprendizaje y práctica para los estudiantes, muchos de quienes relacionaban un sentimiento de pertenencia y de cotidianidad con el Hospital San José.

En cuanto a experiencias y conocimientos, más allá del área de la medicina, los egresados destacaron que las electivas que se dictaban en la Universidad les permitía ver otros panoramas disciplinares. Así mismo, afirmaban que los diferentes espacios de la Facultad como el Programa de Tutores Pares o el Consejo Estudiantil, les crecer en otros ámbitos y adquirir destrezas de liderazgo¹⁷⁷. Sin embargo, resaltan que se sintieron aislados de otros estudiantes y otras carreras, pues refieren que no se daban los espacios ni tenían el tiempo para interactuar con estos¹⁷⁸, debido a los exigentes y a veces extremos horarios y dedicación que se necesitaba para ser estudiante de medicina. Factor que figuraba como un elemento de evaluación y, usualmente de mejora, en las visitas de renovación de acreditación del programa de Medicina.

Nuevos grupos de investigación

Convenio con la Fundación Instituto de Inmunología de Colombia-FIDIC

El 27 de marzo de 2009 la Universidad suscribió un convenio de apoyo interinstitucional con la Fundación Instituto de Inmunología de Colombia (FIDIC), creada y presidida por Manuel Elkin Patarroyo Murillo, médico graduado de la Universidad Nacional, especialista en inmunología y virología de la Universidad Rockefeller y del Instituto Karolinska, quien fue nombrado profesor honorario de la Universidad del Rosario¹⁷⁹. Este convenio tenía tres objetivos: aumentar la productividad científica en la Facultad de Medicina, apoyar el desarrollo y el crecimiento de sus grupos de investigación, y formar personas, sobre todo en el marco del doctorado en Ciencias Biomédicas (Patarroyo Gutiérrez, 2020: q 1). Pretendía, además, favorecer el intercambio de experiencias en investigación, docencia y extensión en las

¹⁷⁷ Conversación con Mauricio Chaparro, 22 de julio de 2020.

¹⁷⁸ Conversación con Fabián Mantilla, 21 de julio de 2020.

¹⁷⁹ CvLAC. Manuel Elkin Patarroyo Murillo.

áreas de Ciencias de la Salud y Ciencias Básicas. La conjunción de intereses científicos entre las dos entidades permitió el posicionamiento científico de la Facultad, mediante una importante producción de material académico y científico (Quintero Hernández et al., 2015).

Según cuenta Manuel Alfonso Patarroyo Gutiérrez, médico y *Ph. D.* en Química con énfasis en Bioquímica de la Universidad Nacional, para poner en marcha este convenio se llevaron a cabo una serie de conversaciones previas con el rector Hans Peter Knudsen, el vicerrector José Manuel Restrepo y el decano de la Facultad Leonardo Palacios en las que, además de lo anotado, se acordó la vinculación de seis profesores de carrera de tiempo completo, que implicaba una dedicación del 90 % a investigación en la FIDIC y del 10 % restante a la actividad docente presencial con los alumnos de pregrado de Medicina en la Quinta de Mutis. Aquellos que dieron mayor continuidad a la labor fueron Manuel Alfonso Patarroyo, Marisol Ocampo, Magnolia Vanegas, Adriana Bermúdez y Hernando Curtidor. Como parte fundamental del convenio, la Universidad transfirió una suma de dinero a la FIDIC, que le permitía apoyar la nómina de investigadores. Veinticinco de ellos fueron nombrados Profesores Adjuntos en la Universidad, quienes llevaron a cabo sus actividades en las instalaciones de la FIDIC (Patarroyo Gutiérrez, 2020: 3).

Para garantizar las actividades de pregrado se diseñó un programa teórico-práctico intensivo denominado Diplomado Práctico en Investigación Básica, con una intensidad horaria de 128 horas que permitía a los estudiantes tener contacto directo y formación en este tipo de investigación. Para ellos resultaba ser una oferta muy atractiva, porque podían hacer experimentos y tener contacto directo con el laboratorio, sin costo alguno. Durante su vigencia (2009-2016), este diplomado sirvió como punto de contacto para los estudiantes que estuvieran interesados en continuar en el campo de la investigación básica y en realizar el Doctorado en Ciencias Biomédicas (Patarroyo Gutiérrez, 2020: 4).

Todos los profesores-investigadores jugaron un papel muy importante en el desarrollo del Doctorado en Ciencias Biomédicas de la Universidad incluyendo el establecimiento de un convenio de doble titulación con la Universidad de Salamanca. De 12 doctores graduados, dos de ellos tienen doble titulación con dicha Universidad, con tesis laureada y el Premio

Extraordinario de Doctorado en España; adicionalmente, para abril de 2019, otros 16 doctorandos continuaban llevando a cabo su actividad investigativa en la Fundación (Patarroyo Gutiérrez, 2020: 5-7). Así mismo, se acordó que las áreas del laboratorio de la Fundación estarían totalmente abiertas a los profesores e investigadores de la Universidad que llegasen a necesitar cualquier equipo en cualquier zona de trabajo (Patarroyo Gutiérrez, 2020: 1).

Respecto al cumplimiento del objetivo de llevar a cabo publicaciones conjuntas, para el momento de finalización de este libro se habían producido 220 en total, todas internacionales indexadas, con un factor de impacto promedio de 3.5 puntos, según el *Journal Citation Reports*. Esta interacción ha sido benéfica para las dos instituciones, siendo una de las áreas más productivas que tiene la Universidad en términos de puntos de impacto (Patarroyo Gutiérrez, 2020: 7). Este convenio había sido firmado inicialmente para una duración de cinco años. Pero, una vez terminada su vigencia, se renovó por cinco años más. Todas estas nuevas políticas se convirtieron en punta de lanza para mejorar la visibilidad de la Facultad en el ámbito de la investigación.

Grupo de Estudios Sociales de las Ciencias, las Tecnologías y las Profesiones (GESCTP)

Como parte de estos mecanismos para garantizar la vinculación de investigadores que abrieran nuevas líneas de investigación en la Universidad, como resultado de unas conversaciones llevadas a cabo en noviembre de 2008, entre el decano Palacios, el rector Knudsen¹⁸⁰ y Emilio Quevedo Vélez, en ese momento director del Grupo de Estudios Sociales de las Ciencias, las Tecnologías y las Profesiones (GESCTP) de la Universidad Nacional¹⁸¹, se

¹⁸⁰ Tanto el decano Palacios como el rector Knudsen conocían el trabajo del Grupo, pues habían sido invitados a los lanzamientos de los tomos I y II de la Historia de la Medicina en Colombia, publicada por Tecnoquímicas y Editorial Norma, y habían recibido copia de estos. Igualmente, habían conocido el trabajo de Quevedo como investigador, pues ya había publicado con la Universidad del Rosario los dos primeros tomos de la *Historia de la Facultad de Medicina* (Quevedo V. et al., 2008; Quevedo V. et al., 2007).

¹⁸¹ Este grupo había nacido en la Universidad Nacional en 1995, bajo el nombre de Grupo de Historia de la Medicina y de la Salud. Debido a la progresiva diversificación de las líneas de investigación del Grupo, con la anuencia de COLCIENCIAS, se decidió cambiar su nombre por el de Grupo de Estudios Sociales de las Ciencias, las Tecnologías y las Profesiones en agosto de 2008 (Quevedo V., 2019).

decidió la vinculación de este investigador y de cuatro miembros más de su Grupo de investigación¹⁸². Por asuntos presupuestarios, estos cinco profesores se vincularon inicialmente, a partir de febrero de 2009, como profesores de cátedra y desde el 1.º de junio se vincularon definitivamente como profesores de carrera. El Grupo de Estudios Sociales de las Ciencias, las Tecnologías y las Profesiones de la Universidad del Rosario (GESCTP)¹⁸³ quedó compuesto entonces por los profesores Emilio Quevedo Vélez, quien para ese momento ya contaba con el título de *Ph. D.* en Estudios Sociales de las Ciencias, como director; Néstor Miranda Canal, sociólogo¹⁸⁴; Germán Pérez Romero, neurólogo y epidemiólogo; Claudia Mónica García López, médica, historiadora y *Ph. D.* en Estudios de la Ciencia; y Claudia Margarita Cortés Martínez, antropóloga, magíster y candidata a doctora en Salud Pública. Todos ellos, con excepción de Néstor Miranda, venían de la Universidad Nacional (Quevedo V., 2019).

Desde el momento en que el rector y el decano tomaron la decisión de vincular al Grupo, quedó en manos del vicerrector José Manuel Restrepo la decisión de los mecanismos que deberían ponerse en marcha para dicha vinculación. En decisión conjunta, los miembros del Grupo y el vicerrector llegaron a varios acuerdos: en primer lugar, los miembros del Grupo no entrarían a la Universidad como docentes independientes, sino como Grupo¹⁸⁵; en segundo lugar, y en esto estuvo de acuerdo el decano Palacios, el

¹⁸² Como resultado de las conversaciones de Emilio Quevedo con las directivas de la Universidad del Rosario, los miembros del Grupo pertenecientes a la Universidad Nacional tomaron decisiones de común acuerdo para escindir el Grupo en dos: quienes decidieron quedarse en la Universidad Nacional crearon el Grupo de Estudios Sociopolíticos de la Salud y los que aceptaron trasladarse a la Universidad del Rosario continuaron con el nombre Grupo de Estudios Sociales de las Ciencias, las Tecnologías y las Profesiones (Quevedo V., 2019).

¹⁸³ COLCIENCIAS dio su autorización para mantener el nombre del Grupo al cambiar de universidad sede, para que no perdiera su trayectoria histórica.

¹⁸⁴ El profesor Miranda estaba vinculado a la Universidad El Bosque, pero venía trabajando con el Grupo de Emilio Quevedo en el proyecto de Historia de la Medicina en Colombia, financiado por Tecnoquímicas, y decidió renunciar a El Bosque y vincularse con el Grupo a la Universidad del Rosario (Quevedo V., 2019).

¹⁸⁵ Esto significaba que los cinco profesores se dedicarían tanto a la investigación como a la docencia en sus campos de experticia profesional posgraduada y no dictarían clases relacionadas con su formación de pregrado y todas sus actividades se desarrollarían como Grupo integrado.

Grupo se repartiría entre la Facultad de Medicina y la Escuela de Ciencias Humanas, por lo tanto, tres de ellos entrarían por la Facultad de Medicina y dos por la Escuela de Ciencias Humanas, conformando así el primer grupo de investigación interfacultades de la Universidad¹⁸⁶; en tercer lugar, en el ámbito de la investigación, además de los proyectos nuevos que fueran surgiendo, el Grupo podía continuar desarrollando el Proyecto de la Historia de la Medicina en Colombia, aunque el manejo de los dineros de este y su administración continuaran siendo de responsabilidad de Tecnoquímicas, entidad promotora y financiadora del proyecto, como hasta ese momento lo había venido haciendo, con la condición de que los investigadores figuraran como profesores de la Universidad del Rosario en los libros y artículos que se produjeran como resultado del proyecto, de ahí en adelante. Igualmente, tanto los profesores vinculados a Ciencias Humanas como a Medicina podrían trabajar en Proyectos presentados y financiados desde alguna de las dos unidades académicas como en proyectos realizados en conjunto por estas dos. Adicionalmente, como resultado de la dinámica del proyecto de *Historia de la Medicina en Colombia*, el Grupo tendría una naturaleza interinstitucional y, por lo tanto, recibiría ante COLCIENCIAS su aval principal por la Universidad del Rosario, pero contaría con avales secundarios de las universidades Nacional, de Caldas, Simón Bolívar de Barranquilla y de Antioquia (Quevedo V., 2019).

En el campo de la investigación, este Grupo creó un nuevo programa de investigación, inexistente en la Universidad, dedicado a los Estudios Sociales de las Ciencias, las Tecnologías y las Profesiones, desde una perspectiva integrada de los saberes y los métodos de la historia, la antropología y la sociología. En ese contexto, el Grupo organizó en principio cuatro líneas de investigación, relacionadas entre sí: la de la historia de la medicina y de las profesiones de la salud, que fue dirigida por Emilio Quevedo y a la cual se vincularon como investigadores Néstor Miranda, Germán Pérez y Claudia Cortés; la de historia de las enfermedades y las epidemias, en la cual participaron Emilio Quevedo y Mónica García; la de género y salud, en la que

¹⁸⁶ Esto significaba que tanto los profesores vinculados por la Facultad de Medicina (Quevedo, Miranda y Pérez) como las vinculadas a la Escuela de Ciencias Humanas (Cortés y García) podrían dictar clases y hacer investigación en las dos unidades académicas y podrán organizar actividades conjuntas.

trabajó Claudia Cortés y la de historia social de las ciencias, desarrollada por Néstor Miranda. Además, el Grupo continuó con la investigación para la producción del tercer tomo de la *Historia de la Medicina en Colombia* e inició otros proyectos, el primero de los cuales, titulado “La escuela de Medicina y Ciencias de la Salud: un espacio expositivo para la historia y la comprensión de la medicina. Fase I: Medicina Colonial y Republicana”, que fue sugerido y apoyado por el decano Palacios. El proyecto tenía como objetivo crear un espacio de vinculación de los estudiantes y los profesores de la Escuela con la historia de su propia Facultad, por medio del montaje de una exposición permanente titulada *La Cátedra de Medicina del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario en la medicina colombiana 1653-1875*, la cual se inauguró el 23 de junio de 2011 y estuvo expuesta en las paredes del segundo piso de la sede de la Quinta de Mutis, hasta el 10 de diciembre de 2014.

En el campo de la docencia, de acuerdo con la solicitud del decano Palacios, el Grupo retomaría las cátedras ya existentes en esta Facultad relacionadas con la Historia de la Medicina, cuyo profesor se había retirado para dedicarse a otras actividades de su interés que lo requerían de manera importante. Así mismo, inició un Seminario de Estudios Sociales de las Ciencias y retomó la Cátedra de Pensamiento Científico para los estudiantes de pregrado de la Escuela de Ciencias Humanas. Al mes siguiente de la vinculación del Grupo a la Universidad, sus miembros se integraron en el desarrollo de la propuesta de reforma curricular del Programa de Medicina, teniendo una participación activa en dicho proyecto desde ese primer momento. Posteriormente se vincularon como nuevas docentes del Grupo, la psicóloga Silvia Rivera Largacha, quien se trasladó en 2011 del Programa de Psicología al de Medicina; y María Camila Núñez Gómez, profesional en Artes Liberales en Ciencias Sociales, en 2019¹⁸⁷.

Las ideas del movimiento de la Medicina Social Latinoamericana llegan a la Facultad

Con la llegada de los miembros del Grupo de Estudios Sociales de las Ciencias, las Tecnologías y las Profesiones, arriban a la Facultad las propuestas

¹⁸⁷ El profesor Josep Simón, físico e historiador de la ciencia valenciano, estuvo durante una temporada vinculado al Grupo, desde 2013 hasta 2018.

de la Medicina Social Latinoamericana, que desempeñarán después un rol importante en el proceso del rediseño del currículo del Programa de Medicina. Como lo mencionamos brevemente, el movimiento de Medicina Social Latinoamericana había surgido entre las décadas de los setenta a los noventa, inicialmente como movimiento crítico de la Medicina Preventiva.

Juan Cesar García, médico y sociólogo argentino, fue uno de los primeros en oponer a las ideas funcionalistas de la Historia Natural de la Enfermedad y de la Medicina Preventiva, un concepto de salud y enfermedad desde una sociología del conflicto, introduciendo las ciencias sociales no positivistas y, especialmente, la Historia Social, la Sociología Política y la Economía Política, para la comprensión de la salud y de la enfermedad como procesos sociales. Sus publicaciones se habían iniciado al comienzo de los años sesenta y fueron compiladas luego, en 1994, por Everardo Duarte Nunes, María Isabel Rodríguez y Saúl Franco, en un libro titulado *Pensamiento social en salud en América Latina* (García, 1994). García desempeñó después un papel fundamental desde la División de Recursos Humanos de la OPS en Washington, impulsando y apoyando desde allí la Maestría en Medicina Social de la Universidad Autónoma de Xochimilco, en México, D. F., que se convirtió en uno de los centros de pensamiento de la Medicina Social Latinoamericana más destacados.

Por otro lado, Sergio Arouca, médico formado en la Universidad de São Paulo de Brasil, en 1966, presentó su tesis de doctorado, en 1976, en la Universidad de Campinas, titulada *El dilema preventivista. Contribuciones a la comprensión y crítica de la Medicina Preventiva* (Arouca, 2008 [1976]). En esta tesis, Arouca mezcló elementos de la Economía Política con la entonces reciente formulación foucaultiana de la *arqueología del saber*, e hizo una aguda crítica a la concepción liberal e individualista de la Medicina Preventiva brasileña, invocando el abordaje histórico y social como camino fundamental, poniendo el campo de la salud pública al interior de los conflictos sociales y planteando, desde la perspectiva foucaultiana, la necesidad de construir una nueva *episteme* para una medicina social. Esta tesis va ser el punto de partida para el surgimiento de la otra vertiente de la Medicina Social Latinoamericana: el movimiento de la Salud Colectiva brasileña (Passos Nogueira, 2008 [1976]: 9-10).

La tesis de Arouca, aunque se sustentó y fue aprobada no se pudo publicar debido a la represión del gobierno militar brasileño del momento. Por lo tanto, *El dilema preventivista* fue policopiado en mimeógrafo muchas veces y distribuido clandestinamente entre los grupos de trabajadores de la salud que, en la resistencia, se oponían al régimen dictatorial brasileño, y desde las trincheras de esa resistencia se estudiaron y se apropiaron de los planteamientos de Arouca y se fue construyendo, de manera colectiva, una propuesta de una Medicina Social que, una vez recuperada la democracia en dicho país, le dio origen a la inclusión del tema de una medicina de carácter social y colectivo en la nueva Constitución de Brasil. Fue así como el país llegó a tener un servicio único de salud, de carácter universalista en la prestación de los servicios y gratuito, que acababa con la inequidad característica de los servicios de salud en ese país (Passos Nogueira, 2008 [1976]: 10-12).

Más o menos simultáneamente, llegó a la coordinación de la Maestría de la Universidad de Xochimilco de México, Asa Cristina Laurell, médica y política sueca naturalizada en México en 1971, quien, en su trabajo *La salud-enfermedad como proceso social*, proponía que el objeto de estudio de la medicina social debería ser “el proceso salud-enfermedad”, entendido este, y la sociedad que lo generaba, desde una sociología del conflicto, como un proceso social permanentemente cambiante, es decir, histórico (Laurell, 1982; Laurell, 1987), y no como un “estado”, como lo planteaba la OMS desde una sociología del equilibrio funcionalista, entendiendo a la sociedad como organismo en equilibrio y la salud y la enfermedad como estados de equilibrio y desequilibrio biológico, psicológico y social (es decir, como salidas transitorias de la norma).

Su discípulo ecuatoriano, Jaime Breilh y Paz y Miño, formado con ella en México, agregó a esta propuesta que dichos procesos de salud y enfermedad eran triplemente determinados socialmente desde tres ámbitos: desde el estructural general de la reproducción social, el particular o de lo comunitario y societal, y desde el de lo singular, o individual biopsíquico. Planteó, además, que el enfermar en esos procesos sociales desempeñaba un papel fundamental la “clase social” a la que el sujeto enfermo pertenecía, pues las causas y determinaciones de la enfermedad no eran las mismas en las diferentes clases sociales, dependiendo de las condiciones de vida a que estaban sometidas, de los recursos a que tenían acceso y de su capacidad

de consumo (Breilh & Granda, 1986; Breilh Paz y Miño, 1987; Breilh Paz y Miño, 1989; Breilh Paz y Miño, 2013).

En el entretanto, Breilh y Edmundo Granda Ugalde, otro ecuatoriano formado en Medicina Social, fundaron el Centro de Estudios y Asesorías en Salud (CEAS), en el Ecuador, y continuaron formándose más médicos sociales, tanto en México como en Ecuador, y se multiplicaron las investigaciones.

En la década de los noventa, volvió a entrar en escena Asa Cristina Laurell con una propuesta más amplia, siguiendo al médico y filósofo francés Georges Canguilhem, quien afirmaba que normalidad y anormalidad eran términos estadísticos cuantitativos y que la salud y la enfermedad eran términos cuantitativos. Por lo tanto, en la salud, entendida como proceso, no existía una sola “normalidad tipo”, sino que existían tantas normalidades como procesos de adaptación al medio ponía un individuo al andar por la vida, pues nadie volvía al punto de partida inicial después de un proceso activo de homeostasis, sino que, al producir nuevas normas defensivas, cambiaba de normalidad. Por eso, la enfermedad no era una anormalidad, si no la vida en una norma de vida más limitada. Canguilhem planteó entonces el concepto de que la salud y la enfermedad son formas adaptativas de andar por la vida, unas más adaptativas y otros menos adaptativas (Canguilhem, 1971 [1966]).

Basándose en esto, Asa Cristina Laurell criticaba el modelo individualista de los “estilos de vida” de Lalonde, hablando ahora de que, si la salud y la enfermedad eran procesos sociales, había que entenderlas como formas sociales y culturales de andar por la vida, es decir, que la salud y la enfermedad eran formas de andar por la vida biopsicosocioculturales e históricas. Así mismo, integraba esa concepción con la propuesta de la triple determinación de Breilh, para hablar de los procesos de salud y enfermedad como procesos biopsicosocioculturales e históricos, pero determinados socialmente, desde los tres ámbitos: estructural o general, particular y singular, anticipándose, además, de una manera crítica, a la teoría de los determinantes sociales anglosajona, que surgiría más tarde. Laurell planteaba además el concepto de “nexo biopsíquico” para explicar cómo la determinación estructural y particular se expresaban en lo singular en la estructura biopsíquica del individuo sano y enfermo (Laurell, 1994).

Tres años antes de que Quevedo y su grupo llegaran al Rosario, los epidemiólogos británicos Marmot y Wilkinson, ya mencionados atrás, habían publicado el libro titulado *Social Determinants of Health* (Marmot & Wilkinson, 2006) en el que recogían las críticas de Carol Buck al modelo de Lalonde veinte años antes (Buck, 1986). Como dijimos atrás, a partir de sus planteamientos, Marmot y Wilkinson fueron contratados por la OMS para coordinar la Comisión que debería estudiar el asunto de los determinantes sociales de la salud y la enfermedad. Cuando, en 2007, la Comisión de la OMS entregó su informe, se notaba en él que esta se había dejado influir por el modelo neoliberal y por la llamada “economía de la salud”, apoyada por los grandes bancos internacionales (CDSS-OMS, 2007).

Como respuesta, los miembros del movimiento de la Medicina Social Latinoamericana, reunidos en la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES), organizaron un taller latinoamericano, que se llevó a cabo en la Rectoría General de la Universidad Autónoma de México, Xochimilco, del 29 de septiembre al 2 de octubre de 2008 para discutir dicho informe. Allí se presentaron trabajos de los diferentes miembros del movimiento de Medicina Social en los cuales se analizaba el informe de la OMS desde diferentes ángulos. Quedo claro que la propuesta de la OMS era significativa, porque nuevamente, desde los tiempos de Mahler, dicha institución volvía a tomarse la molestia de pensar el problema de lo social en salud. No obstante, la propuesta era fundamentalmente descriptiva y no se tenían en cuenta los diferentes niveles de determinación social de la salud y la enfermedad. Por lo tanto, los trabajos presentados criticaron el funcionalismo positivista de la teoría de los “determinantes sociales”, de Marmot y Wilkinson, contraponiéndoles la propuesta de la triple determinación social, desde una sociología y una antropología del conflicto (Eibenschutz, Tamez González & González Guzmán, 2011).

Como dijimos atrás, la profesora Catalina Latorre y algunos miembros del Departamento de Salud Pública de la Facultad de Medicina del Rosario se habían acercado ya a los planteamientos de Marmot y Wilkinson, y este enfoque de los Determinantes Sociales de la Salud, fomentados por la OMS y la OPS, ya estaba arraigado en dicho Departamento. Aunque en algún momento habían tenido contacto con Jaime Breilh y con algunos miembros de Alames y del movimiento de la Medicina Social Latinoamericana, estos

no fructificaron, pues el modelo de los Determinantes Sociales estaba más cercano al paradigma de la epidemiología cuantitativa y funcionalista, como lo comentó atrás la propia profesora Latorre (Latorre Santos, 2018-2020).

Por su parte, Quevedo y su grupo habían seguido de cerca los trabajos y desarrollos del movimiento de la Medicina Social Latinoamericana y de otras corrientes de la Medicina Social Europea (Berlinguer, 1988; Berlinguer, 1991; Berlinguer, 1998), y en sus propuestas se había fundamentado su primer trabajo sobre el tema en 1992 (Quevedo V., 1992), así como el documento con el que propuso el Programa Nacional de Ciencia y Tecnología de la Salud en COLCIENCIAS en 1992-1993 (Quevedo V., 1993c). Durante el tiempo que fue profesor de la Universidad Nacional de Colombia, 1994-2009, dictó un curso permanente, abierto a todos los estudiantes¹⁸⁸ y profesores de la Universidad, bajo el título de *Análisis Socio-Histórico del Concepto Salud-Enfermedad, pasado, presente y futuro*, en el cual fue desarrollando todas las ideas que llevaba en su bagaje intelectual cuando se trasladó para la Facultad de Medicina del Rosario, y que después aportaría para la reestructuración del currículo del Programa de Medicina de dicha Universidad.

En lo referente a la discusión más contemporánea sobre la dupla Determinantes Sociales-Determinación Social, si bien para 2009 ya se conocía el trabajo de Marmot y Wilkinson y el informe de la CDSS-OMS, los miembros del GESCTP no habían tenido la oportunidad de ir al Taller de México y los trabajos presentados allí, así como las discusiones que se llevaron a cabo en él, solo los conocieron en 2012, cuando la profesora Ana Lucía Casallas le obsequió a Quevedo un ejemplar del libro en el que se publicaron dichos trabajos (Eibenschutz, Tamez González & González Guzmán, 2011). Por eso el GESCTP no incluyó esta versión de la discusión entre los elementos a proponer en la reforma curricular, pero sí los argumentos de Breilh y de Laurell sobre la determinación social, como puede verse en el trabajo que Quevedo escribió sobre el tema como aporte a la reforma (Quevedo V., 2012: 302-306).

¹⁸⁸ Cabe anotar que algunos de esos estudiantes lo acompañan hoy como profesores e investigadores miembros del GESCTP, que Quevedo dirige en 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

Una de tareas encomendadas por la Rectoría a Gustavo Quintero y una de las más importantes labores desarrolladas por él fue la creación de la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud (EMCS). Una de las primeras decisiones por tomar fue la de la denominación entre Escuela o Facultad, para lo cual se contó con el estudio y análisis del historiador Mauricio Restrepo, de la Escuela de Ciencias Humanas de la Universidad del Rosario. Tomando como base las reflexiones planteadas en ese documento, se optó en principio por la definición de “Escuela” como “un grupo de maestros y estudiantes que comparten estilo, método y conclusiones” (Restrepo, 2008).

Otros elementos intervinieron en el análisis para dejar clara la propuesta. En una presentación elaborada por el señor vicerrector, José Manuel Restrepo, denominada “Escuelas: modelo operacional de una universidad para el siglo XXI. El reto de construir nuevas realidades”, fechada el 1.º de marzo de 1999, se determina que la Escuela es “un punto de vértice para el modelo de operación, un espacio donde confluyen y pueden tener

interacciones para su desarrollo, con enfoques interdisciplinarios, distintos campos del saber”¹.

Igualmente, en otra presentación ofrecida por él mismo de marzo de 2000, con motivo de un seminario llevado a cabo por la Universidad en Paipa, denominada “Inicio del debate sobre interdisciplinariedad”, se planteaba que esta debería estar fundamentada en la investigación, en el diseño curricular, en la proyección social y en la administración académica, pero, además, de una manera visionaria, se focalizaban los temas para trabajo interdisciplinario en salud en tres áreas: prevención y promoción, salud ocupacional y ergonomía, y ecología y sanidad ambiental².

Para 2009, todos los currículos de la propuesta Escuela, con excepción del de Medicina, presentaban reformas que los hacían fácilmente integrales, además de contar con la Red Hospitalaria Méderi, donde estos podrían desarrollarse interdisciplinariamente, pues se justificaba una Escuela si esta armonizaba la definición de salud con la formación y la práctica y si congregaba en ella disciplinas y saberes que holísticamente permitieran entender, aprender y comprender para luego ejercitar el concepto de salud.

La misión de la Escuela, así entendida, era la de

formar profesionales de la salud de manera integral de forma tal que conjuguen las ciencias básicas con las clínicas en el conocimiento y la acción y ejerzan en los campos de la salud de poblaciones, la asistencia clínica, la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud de manera interdisciplinaria y en todos los niveles de atención con responsabilidad social, vocación socio-humanística, pensamiento crítico, teniendo la mejor evidencia como fundamento, con habilidades de comunicación e información, y con los valores y principios propios del profesional Rosarista³.

¹ Restrepo J. M. Universidad del Rosario. 1.º de marzo de 1999. Presentación en PPT.

² Restrepo, J. M. Universidad del Rosario. Seminario en Paipa, marzo 2000. Presentación en PPT.).

³ Quintero Hernández, Gustavo Adolfo (2009). *Propuesta para la creación de la escuela de ciencias de la salud*. Documento de trabajo. Bogotá. EMCS. UR.

Para lograrlo, el currículo debería procurar la profesionalización educativa de los docentes; despertar en los docentes el entusiasmo por el pensamiento crítico y la investigación; la integración curricular a través del currículo en espiral que integre las ciencias básicas con las clínicas en forma ascendente y descendente; el currículo centrado en el estudiante, con una metodología didáctica de Aprendizaje Basado en la Comprensión (ABC) y a través de casos, con foco en lo comunitario, electivo a través de los co-terminales y dobles programas, interdisciplinario y sistémico; con áreas de concentración o profundización electivas que produzcan más de una sola tipología de profesionales con profundo sentido socio-humanístico. Profesionales que en su transcurrir por la universidad sean evaluados de manera formativa con las herramientas modernas de evaluación constante, hábiles en el uso de las tecnologías de la información y de las comunicaciones, y todo esto articulado con las facilidades propias de una Red Hospitalaria Universitaria como Méderi⁴.

Posteriormente, el debate se centró en la desaparición de la palabra Medicina del nombre de la Escuela habida cuenta de la trascendencia de la Medicina para la Universidad del Rosario, por haber sido este uno de los tres programas con los cuales se fundó la Universidad en 1653, donde se recibió el primer médico del Nuevo Reino de Granada en 1673, y donde Mutis propuso el primer currículo médico en 1802 y graduó el primer médico del virreinato en 1803. Fue, entonces, alrededor de la medicina, históricamente rosarista en nuestro país, que se quiso unir los programas de salud de la Universidad, todos, por demás, igual de importantes, y consolidar así la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud con la colaboración del Departamento de Planeación y Desarrollo Académico, y de Gestión Organizacional.

De esta forma, la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud fue formalmente inaugurada por el rector Knudsen, el 2 de julio de 2009. Esta unidad académica fue oficialmente creada por el Decreto Rectoral n.º 1070 del 17 de julio, y comenzó a funcionar a partir de agosto de ese año. Se cumplió así con el primer encargo hecho al asesor especial de Rectoría, una de las más importantes labores desarrolladas por Gustavo Quintero Hernández, la creación de la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud (EMCS).

⁴ Ídem.

Desde entonces desaparecieron las dos Facultades existentes, la de Medicina y la de Rehabilitación y Desarrollo Humano, y sus respectivos componentes quedaron convertidos en seis direcciones de programa: Medicina (Ana Isabel Gómez), Fisioterapia (Israel Cruz Velandia), Fonoaudiología (Janeth Hernández Jaramillo), Terapia Ocupacional (Claudia Marcela Rozo Reyes), Psicología (María Isabel González) e Ingeniería Biomédica (Antonio Miguel Cruz). Se creó así una sola decanatura que gobernaba toda la nueva estructura: las mencionadas direcciones de programa, la ya existente unidad de servicios académicos liderada por una sola Secretaría Académica, dejando una sola Dirección de Posgrados⁵ y una sola Dirección Administrativa y Financiera.

Como secretaria académica de la Facultad de Medicina venía ejerciendo la fonoaudióloga Sandra Pulido⁶; no obstante, al integrarse todos los programas de las dos facultades a la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, la situación se hizo para ella inmanejable. Por lo tanto, ante el tamaño tan grande del Programa de Medicina, en 2010, se decidió nombrar a Martha Janeth Negrete Martínez⁷ como secretaria académica del Programa de Medicina y dejar encargada a Sandra Pulido de los otros programas de pregrado. Sandra Patricia Santoyo Prada asumió la Secretaría Académica de los Posgrados (Negrete Martínez, 2018-2020; Pulido, 2020).

⁵ En julio de 2008, la profesora Ángela María Ruiz decidió retirarse de la Jefatura de la Oficina de Educación Médica, para dedicarse de lleno a sus actividades docentes y de investigación en el Grupo de Investigación Clínica. Fue reemplazada entonces por la profesora Alejandra Salcedo Monsalve, quien estuvo en ese cargo hasta 2009, cuando esta se convirtió en la Dirección de Posgrados, siendo su directora hasta septiembre de 2010, fecha en que se retiró para trasladarse a otra institución. En consecuencia, el decano Palacios nombró a la neuróloga Martha Ciro Aguirre en este cargo.

⁶ Sandra Pulido había venido ejerciendo como directora del Programa de Fonoaudiología, pero en 2007 pasó a ser la Secretaria Académica de los programas de Fisioterapia, Fonoaudiología y Terapia Ocupacional y de los posgrados de Rehabilitación. No obstante, a finales de 2008, el secretario académico de los programas de Medicina y Psicología, César Ochoa Riaño, renunció y Sandra asumió también la Secretaría Académica de estos dos programas.

⁷ Martha Janeth Negrete Martínez, médica de la Universidad Javeriana, había llegado a la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud el 1.º de octubre de 2009 como coordinadora del Departamento de Ciencias Quirúrgicas. Venía de trabajar en la Oficina de Calidad de Méderi (Negrete Martínez, 2018-2020).

Se crearon, además, dos nuevas unidades, una encargada de la gestión de la investigación denominada Centro de Investigación en Ciencias de la Salud (CICS), teniendo como primer director el fisioterapeuta y *Pb. D.* en Salud Colectiva, Israel Cruz Velandia; y otra, que velaba por el adecuado desarrollo e implementación de los procesos educativos, denominada Centro de Educación en Ciencias de la Salud (CECS), siendo su primer director Gustavo Quintero Hernández.

Esta unidad, a su vez, tenía la responsabilidad de estructurar y poner en marcha la reestructuración del Programa de Medicina. Desempeñaban un papel fundamental en esta nueva estructura el director científico, el jefe de Educación Médica, el director de Investigación y los directores de Departamento de Méderi. Las oficinas de estos últimos quedaron localizadas en el Hospital Universitario Mayor y tenían vinculación laboral con Méderi y con la Universidad del Rosario. Se creó así mismo un solo Consejo Académico para la nueva Escuela, el cual comenzó a funcionar a partir de agosto de ese año. No obstante, se elevó una consulta sobre la posibilidad de su creación a la Oficina de Asesoría Jurídica, la cual solo emitió su concepto el 19 de septiembre de 2011. Dicho concepto fue leído y anexado al acta de la sesión 195 del Consejo Académico del 20 de enero de 2012⁸. El mencionado documento dice que, de acuerdo con las normas del Reglamento de la Universidad:

[...] el Consejo Académico de la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, puede mediante acuerdo complementar el Reglamento Académico, tal y como lo es el objeto de la consulta, debido a que la esencia de la misma es que los estudiantes de cada uno de los programas de la Escuela se sientan debidamente representados; por tal motivo el propio Consejo Académico de la Escuela, puede desarrollar la forma en que se convocará a los integrantes del Consejo, de acuerdo a cada programa académico⁹.

⁸ Acta n.º 195 del Consejo Académico, del 20 de enero de 2012.

⁹ Concepto Jurídico-Integración Consejo Académico de la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud. Anexo al acta n.º 195 del Consejo Académico del 20 de enero de 2012.

Nuevo Departamento: Pediatría

En 2010 se consideró necesario contar con un Departamento de Pediatría, con el objetivo de impulsar la gestión administrativa y académica para dicha disciplina en la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, lo cual se concretó durante el segundo semestre de dicho año al independizarlo del Departamento de Ciencias Médicas. Méderi no contaba con un Departamento de Pediatría, aunque sí tenía una unidad neonatal. Por lo tanto, los estudiantes llevan a cabo sus prácticas en instituciones hospitalarias de alto nivel vinculadas mediante convenios docencia-servicio, las más importantes eran: la Fundación Hospital de la Misericordia, el Hospital Santa Clara, la Clínica Colsubsidio Orquídeas, la Fundación Neumológica Colombiana, la Fundación Cardioinfantil, el Instituto Roosevelt de Ortopedia Infantil y el Hospital de Usme, entre otros. El cargo de Jefe de Departamento ha sido ocupado desde el 10 de mayo de 2010, por José Miguel Suescún Vargas, médico de la Universidad Industrial de Santander, pediatra de la Universidad del Rosario y especialista en docencia universitaria de la Universidad del Bosque (Suescún, 2018-2019).

Renovación por segunda vez de la acreditación del Programa de Medicina

La visita de pares académicos designados por el CNA para la segunda renovación de la acreditación del Programa de Medicina, se realizó los días 7, 8, y 9 de marzo de 2010. Los pares fueron Álvaro Alegría y Germán Gamarra, quienes habían participado en la primera visita de acreditación en el año 2000. Además de visitar los nuevos laboratorios y las instalaciones de la Quinta de Mutis, que para ese entonces habían sido objeto de remodelación y actualización, visitaron también el Hospital Universitario Mayor y la Fundación Instituto de Inmunología de Colombia (FIDIC), dirigida por Manuel Elkin Patarroyo¹⁰.

En el informe escrito de la visita, los pares destacaron importantes avances en términos de gestión administrativa por la creación de la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud en 2009, así como la creación de la Red

¹⁰ Acta n.º 163 del Consejo Académico del 9 de marzo de 2010: 4.

Hospitalaria Méderi. En el factor de investigación destacaron los convenios de cooperación firmados con la Corporación de Investigaciones Biológicas (CIB) y con la Fundación Instituto de Inmunología de Colombia (FIDIC). Según los evaluadores, “con estos grupos, que realizan investigación y son reconocidos nacional e internacionalmente por su calidad, se han establecido alianzas estratégicas para lograr avanzar en el desarrollo de políticas institucionales establecidas en el PID [Plan Institucional de Desarrollo]” (República de Colombia. Consejo Nacional de Acreditación, 2010: 8-11).

Para ese momento, el CNA había establecido los siguientes factores de evaluación:

- Misión y proyecto institucional.
- Estudiantes.
- Profesores.
- Procesos académicos.
- Bienestar institucional.
- Organización, administración y gestión.
- Egresados e impacto sobre el medio.
- Recursos físicos y financieros.

Sobre el primero, los evaluadores resaltaron que, con el fin de lograr el desarrollo de actividades con calidad y en coherencia con el proyecto institucional de convertirse en una universidad de investigación, la Institución había establecido la estructura necesaria; se consideró importante que la autorregulación y los mecanismos de autoevaluación se encontraran presentes y que funcionaran de manera continua. Así mismo, destacaron la conformación de la Red Hospitalaria Méderi, de la cual la Universidad era uno de los corporados con asiento en la Junta Directiva. Según los evaluadores, “es una fortaleza lograda hace dos años; resuelve dificultades generadas por la limitación de campos de práctica propios que fueron anotadas de manera reiterativa en la evaluación anterior; la red hospitalaria, además, ofrece nuevas oportunidades para el desarrollo de investigación y proyección social del programa” (República de Colombia. Consejo Nacional de Acreditación, 2010: 15).

Sobre el segundo factor se destacó la transparencia y coherencia en el proceso de admisión, pero se resaltó la persistencia en los altos niveles de deserción encontrados en el proceso de renovación de acreditación anterior. No obstante, se resaltaron las estrategias tomadas por la Universidad como un Programa de Fortalecimiento Académico, el Programa de Psicología de Apoyo, el programa de Monitores Académicos, y el programa de Tutores Pares de la Facultad. Con respecto a la investigación formativa de los estudiantes, los pares evaluadores consideraron que esta se podría fortalecer más (República de Colombia. Consejo Nacional de Acreditación, 2010: 16-17).

En relación con el factor de profesores, los pares notaron una buena razón docente-alumno (1/7-8) y destacaron las mejoras con respecto a la vinculación y proceso de ascenso de los profesores de carrera en comparación con las observaciones hechas en el proceso anterior. Además, resaltaron los beneficios de haber establecido la categoría de “profesores por méritos académicos” para el personal médico de las instituciones con convenio docente-asistencial que colaboraban con la enseñanza de los alumnos, sin recibir una remuneración por parte de la Universidad por ello¹¹. Así mismo, los evaluadores destacaron los esfuerzos por aumentar el número de profesores, incluidos aquellos con nivel doctoral; por mejorar la política de incentivos por investigación y producción académica; y por haber establecido una remuneración altamente competitiva en el ámbito nacional. Finalmente, destacaron la interacción con comunidades académicas nacionales e internacionales, reflejada en la participación de profesores en eventos científicos, en agremiaciones y en redes nacionales e internacionales (República de Colombia. Consejo Nacional de Acreditación, 2010: 18-19).

Con respecto al factor de procesos académicos, los pares resaltaron el trabajo de un grupo escogido, que venía adelantando la propuesta de una nueva reforma curricular. Dicho grupo había producido ya un documento titulado “Lineamientos para la modernización del currículo del Programa de Medicina”. Al respecto, los pares hicieron la observación de que aún existía poca flexibilización del currículo y limitadas posibilidades para participar

¹¹ Dichos profesores son reconocidos en una ceremonia en la que se les hace entrega de un diploma y disfrutan de beneficios de los profesores en nómina.

en actividades de investigación formativa (República de Colombia. Consejo Nacional de Acreditación, 2010: 20).

En relación con la investigación formal, se destacó la creación del programa de Doctorado en Ciencias Biomédicas, creado en 2008, como una herramienta para incidir de manera positiva sobre los esfuerzos de investigación que se realizaban en el currículo de pregrado. Se informó que los grupos de investigación habían producido un destacado número de publicaciones en revistas nacionales e internacionales y se observó como parte del esfuerzo para ampliar las actividades de investigación las siguientes acciones:

- a. Las asociaciones con la Corporación para la Investigación Biológica (CIB) con sede en Medellín. Fruto de su asociación es la creación del “Centro de Estudio de Enfermedades Autoinmunes” (CREA).
- b. La Asociación con la Fundación Instituto de Inmunología de Colombia (FIDIC).
- c. El establecimiento del Centro para la Investigación Clínica de la Universidad del Rosario (CICUR) dependiente del Centro de Investigación en Ciencias de la Salud (CICS).
- d. La vinculación al programa de Medicina del grupo de Estudios Sociales de las Ciencias, las Tecnologías y las Profesiones. (República de Colombia. Consejo Nacional de Acreditación, 2010: 20-21)

Para los evaluadores, fue motivo “de gran interés la participación del programa en varios esfuerzos internacionales como 6X4 UEALC (6x4 seis profesiones en cuatro ejes, Unión Europea, América Latina y el Caribe), Innova, Cesal y Tuning”, así como la financiación del programa Erasmus para facilitar el intercambio académico de profesores y estudiantes. Finalmente, se destacaron los recursos físicos y virtuales disponibles en la biblioteca de la sede de la Quinta de Mutis y la apertura de una extensión de esta en el Hospital Universitario Mayor (República de Colombia. Consejo Nacional de Acreditación, 2010: 20-21).

Sobre el quinto factor, bienestar institucional, se destacó la mejora en el clima organizacional y en las posibilidades de esparcimiento y utilización de espacios deportivos, con respecto a las observaciones de la última visita. Con respecto al factor de organización, administración y gestión, se destacó

que, “además de las estructuras encontradas en la anterior visita para renovación de la acreditación, se encontraron a nivel de la Facultad los Centros de Educación en Ciencias de la Salud (CESC) y el Centro de Investigación en Ciencias de la Salud (CICS)”. Así mismo, se anotó que la Universidad contaba con una estructura que soportaba de manera adecuada los procesos de gestión y administración y que se había logrado la certificación ISO en varios de sus procesos (República de Colombia. Consejo Nacional de Acreditación, 2010: 23-24).

En lo relativo al ítem de egresados e impacto sobre el medio, se marcó el fortalecimiento del “sello o impronta rosarista” en los últimos años. Además, se destacó el trabajo de proyección social adelantado por el Departamento de Salud Pública y Gestión en Salud, en particular con el proyecto denominado “Nocaima, Municipio Saludable” y otros similares. Sobre los egresados, los pares afirmaron que la Escuela contaba con un alto reconocimiento en el medio y su desempeño era coherente con su perfil de formación, por lo que la mayoría continuaban su formación hacia la especialización (República de Colombia. Consejo Nacional de Acreditación, 2010: 25-26).

Sobre el último factor, recursos físicos y financieros, los pares resaltaron la labor realizada en la adecuación del noveno piso del Hospital Universitario Mayor, así como en los espacios remodelados de la sede Quinta de Mutis. Así mismo, se destaca la disponibilidad de diversas instituciones vinculadas mediante convenio docente-asistencial y la promesa del campus del norte para solventar los problemas de espacio del futuro. Con respecto a los recursos financieros, consideraron que eran suficientes y que su administración era eficiente (República de Colombia. Consejo Nacional de Acreditación, 2010: 26-27).

El informe cerraba con una serie de recomendaciones finales alrededor de las mejoras mencionadas en la evaluación, incluyendo definir el número ideal de alumnos teniendo presente el espacio disponible, incrementar el número de grupos de investigación, continuar el proceso de capacitación de los docentes, estudiar y propiciar espacios para flexibilizar el currículo y permitir que los estudiantes interesados en investigación tuvieran acceso a ella desde los inicios de su carrera, fortalecer los laboratorios y la investigación clínica, así como el proceso de internacionalización. Como resultado

de la visita, se expidió la Resolución n.º 6463 del 23 de julio de 2010, del Ministerio de Educación Nacional, por la cual se renovó la acreditación del programa por un período de seis años más.

Inicio de la reestructuración del currículo del Programa de Medicina

Como se dijo atrás, la segunda tarea encomendada a Gustavo Quintero como asesor de la Rectoría fue retomar el proceso para lograr la reforma del Programa de Medicina. Así, él pasó a liderar el equipo que venía trabajando para llevar a cabo dicho cambio. Según comenta Quintero, teniendo en mente los elementos desarrollados por el grupo de trabajo previo, liderado por Ana Isabel Gómez y asesorado por Juan Mendoza Vega (Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, 2005), se reorganizó un nuevo grupo de trabajo dirigido por Quintero y conformado por Ana Isabel Gómez Córdoba y Andrés Isaza Restrepo (miembros del grupo previo), a quienes se unió Catalina Latorre Santos y, un poco más tarde, Emilio Quevedo Vélez. Se empezó así a rediseñar la reforma, orientándola hacia la implementación de un currículo centrado en el estudiante y basado en resultados de aprendizaje. Para esto se contó, inicialmente, con el apoyo del programa WIDE World de la Escuela de Educación para Graduados de la Universidad de Harvard, del General Medical Council del Reino Unido y de la Universidad de Sheffield (Palacios Sánchez, 2012).

El bagaje que Gustavo Adolfo Quintero Hernández aportaría a la transformación del currículo

El nuevo asesor traía en su bagaje un importante cúmulo de experiencias como constructor de programas y currículos de Medicina. Recuérdese que, desde finales de 1999, trabajó con José Félix Patiño, quien lo recomendó para que la Fundación Santa Fe de Bogotá lo promoviera al cargo de director de la División de Educación de dicha Institución, con la misión de coordinar el proyecto de creación de la nueva Facultad de Medicina de la Universidad de los Andes y de diseñar el currículo de esta. Recuérdese también que el profesor José Félix Patiño sufrió graves quebrantos de salud que lo hicieron retirarse del proyecto por cerca de un año y que, a solicitud de Roberto Esguerra, director general de la Fundación para ese entonces,

Quintero asumió la conducción académica plena del proyecto y, con la colaboración de varios miembros de la Fundación, lo llevó a feliz término, lo que permitió que la Facultad iniciara labores con la primera cohorte en julio de 2004. Recuérdese además que, ya en este proceso, el currículo que Quintero Hernández había puesto en marcha en esa nueva Facultad estaba articulado en la enseñanza integrada por sistemas y basada en competencias. Además, había implementado en la Fundación la creación del área de educación virtual e-Health, una innovación educativa pionera para el país, desde el año 2000 (Quintero Hernández, 2019-2020).

Luego, una vez retirado de la Fundación Santa Fe, en 2006, tuvo un pequeño paso por la Universidad Externado de Colombia, donde, a solicitud de su rector, el Maestro Fernando Hinestrosa Forero, colaboró en la implementación de la educación virtual. Posterior a eso, se vinculó con la Fundación Universitaria Sanitas (Unisanitas), como director de Educación, con el encargo de colaborar con la implementación curricular del Programa de Medicina de esta naciente Institución, que había introducido el Aprendizaje Basado en Problemas (ABP) al país, con un currículo vanguardista fundamentado en los mejores de España y Portugal¹². Allí creó la marca “e-Sanitas”, que se convirtió en el centro de educación virtual de Unisanitas, considerado en 2009 como el centro de educación virtual *e-learning* y *m-learning* más importante de Latinoamérica (Quintero Hernández, 2019-2020).

Año y medio después de su periplo por Unisanitas, contribuyó a la creación del CGH Virtual del Centro de Gestión Hospitalaria-CGH (hoy Organización para la Excelencia en Salud-OES), el cual dirigió por año y medio, y del cual migró en el año 2008 para la Universidad del Rosario ante el llamado del señor vicerrector del momento, José Manuel Restrepo, para que dirigiera, entre otras cosas, el proyecto de renovación curricular del Programa de Medicina de la Universidad (Quintero Hernández, 2019-2020). Era esta la experiencia y el conocimiento que Gustavo Quintero estaba aportando para iniciar el proceso de reforma curricular del Programa

¹² Quintero consideraría su paso por Unisanitas como uno de los mejores aprendizajes sobre el ABP en la práctica, que le daría una forma más amplia de comprensión sobre la forma de ponerlo a funcionar en un currículo híbrido, como el que diseñó después para el Rosario (Quintero Hernández, 2019-2020).

de Medicina de la Universidad del Rosario. Pero Quintero Hernández no había llegado a un espacio vacío. Los logros del intento de reforma anterior, aunque frustrados, eran significativos y, sobre ellos, comenzó a trabajar el asesor de la Rectoría para la reforma.

Los aportes de Ana Isabel Gómez Córdoba al grupo que lideró el proceso de reforma

Ana Isabel Gómez Córdoba, quien había liderado el grupo previo y dirigía el Programa de Medicina, para ese momento, ya estaba realizando su Doctorado en Ciencias Jurídicas. Pero, además de eso, traía en su cabeza todo el conocimiento y la experiencia que el trabajo en el grupo previo de la reforma le había aportado, relacionado con las megatendencias globales de las ciencias y de la Medicina, así como de los procesos sociales con ellas relacionadas. Como lo planteaba en uno de los documentos aportados por ella al proceso de la reforma, “[...] el análisis de las necesidades del entorno es fundamental para identificar y caracterizar los problemas de salud donde el estudiante de medicina va a ejercer. En un mundo globalizado como el actual, el entorno es local y global al mismo tiempo, y el currículo debe suplir sus necesidades”. Por lo tanto, en el proceso de construcción curricular deben tenerse en cuenta las diferencias en la forma como se presentan los problemas de salud en lo general, y las formas como estos deben ser analizados y manejados en el entorno de lo particular. Es decir que, “[...] entre mejor se defina la problemática de salud, mejor será el diseño del nuevo currículo, por cuanto todos los demás pasos del diseño y de la implementación dependen de la definición del problema” (Gómez Córdoba, 2012: 3).

Para ella era claro que los sistemas de salud estaban insertos “en el concierto de la economía global y, por ende, es necesario empezar por analizar cuáles son las megatendencias de ese entorno [...] Su estudio mediante técnicas de prospectiva permite adaptarse oportunamente, innovar o cambiar desde el presente los posibles escenarios futuros, no deseables”. En definitiva, “[...] los procesos de educación médica no pueden ser ajenos a las megatendencias globales, entre otras razones, porque el proceso de salud-enfermedad y los productos y servicios asociados responden a determinantes de índole histórica”. Partiendo de estas aseveraciones, la profesora Gómez proponía que para analizar los posibles escenarios de práctica de

la profesión médica, era necesario abordar dichas megatendencias desde cuatro grandes dimensiones: “[...] los grandes cambios que marcarán a la humanidad en este siglo XXI, las transformaciones del sector de la salud, los problemas emergentes en el proceso de salud-enfermedad, y las nuevas formas de medicina” (Gómez Córdoba, 2012: 3-4).

En relación con la primera dimensión, dice que diversos documentos han abordado el problema, pero destaca el de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) que plantea que dichas megatendencias serán: “transformación radical de la sociedad, polarización extrema, amenazas a la paz y derechos humanos, agudización demográfica, mayor deterioro medioambiental, aumento del abismo digital, mundialización deshumanizada, mayor protagonismo de la mujer, pluralidad cultural y digital y, el hombre domesticado por el hombre” (Gómez Córdoba, 2012: 4-5).

Con respecto a la segunda dimensión, las transformaciones del sector de la salud, la profesora Gómez Córdoba tenía claro que

[...] el ejercicio de la profesión médica ha sufrido radicales transformaciones en las últimas décadas, originadas por la confluencia de diversas tensiones dentro de las cuales se destacan cambios en los modelos del Estado y del ciudadano [...], socialización de la medicina y medicalización de la sociedad, [...] los sistemas de salud (emergencia del paradigma económico con el aumento creciente de los costos de la salud y la escasez de recursos, ante necesidades ilimitadas de los pacientes), la relación médico-paciente (gobernada por el principio de autonomía y con la intermediación de un tercero pagador, con los efectos en la responsabilidad ética y jurídica que esto implica) y, la acelerada producción de conocimiento. Paralelamente, [...] cuestionamientos del contrato de la profesión médica con la sociedad, debido a la deshumanización y tecnificación en la atención de los pacientes del inadecuado manejo de los conflictos de interés en la relación agente-principal (evidente en la relación con la industria farmacéutica y en el manejo de eventos adversos). (Gómez Córdoba, 2012: 6-7)

En esa misma dimensión, la profesora Gómez Córdoba se planteaba el problema de las megatendencias en el cuidado de la salud, haciendo énfasis en que el gasto en salud continuaría aumentando, con una disminución en los costos de decodificación del genoma que permitiría “una mayor comprensión de las enfermedades desde su base molecular y desarrollo de nuevas terapias”, lo que implicaría la presencia de problemas asociados con el manejo de la información por parte de los pacientes y el acceso equitativo a los servicios de salud. Igualmente, el envejecimiento de la población implicaría un aumento del número de personas con enfermedades crónicas e incapacitantes, conllevando mayores demandas y costos crecientes de la atención integral, generando una asimetría entre la oferta y la demanda de los servicios. Esto tendría como consecuencia “la necesidad de tomar decisiones basándose en criterios de calidad de vida y costo-beneficio, así como el rediseño de los sistemas de salud y sus productos y servicios”. Esto significará para el futuro, así mismo, el aumento de la atención por parte de las profesiones de la salud no médicas, sobre todo en el nivel de atención primaria. El crecimiento demográfico, la globalización, la urbanización y las inequidades sociales “serán el caldo de cultivo para pandemias globales, con graves impactos en la población y en las economías”. Así mismo, la competencia por “el acceso al agua, la contaminación ambiental y la concentración urbana agudizarán los procesos de salud-enfermedad” (Gómez Córdoba, 2012: 7).

Este diagnóstico de la realidad de la salud y de sus transformaciones lo complementaba la profesora Gómez Córdoba con las predicciones de que el mayor acceso a la información modificaría la toma de decisiones basadas en la evidencia científica y en protocolos de acción, “con tensiones respecto a la juridificación del acto médico”. Así mismo, insistía que el uso de las tecnologías biomédicas ya no estarían en manos de los médicos, sino de los propios ciudadanos, “quienes contribuyen al mantenimiento de los sistemas de salud, basados en criterios de *años de vida ajustados por calidad*, que ofrecen un tratamiento potencial, con una aproximación del sector farmacéutico a estos nuevos decisores” (Gómez Córdoba, 2012: 8).

En lo referente a la tercera dimensión, destacaba, “como determinantes del proceso salud-enfermedad: la desnutrición, el uso de aguas contaminadas, el sexo no seguro, la contaminación del aire, el consumo de alcohol y tabaco, el bajo nivel de educación, la inequidad frente al acceso a la salud,

los inadecuados servicios de salud, los ambientes riesgosos, la pobreza y la corrupción, los cuales para su corrección requieren intervenciones intersectoriales e intergubernamentales”. Ante este panorama de la salud-enfermedad, la profesora Gómez Córdoba tenía claro que los currículos precisaban la presencia en ellos de “una dimensión biopolítica en la formación médica” y que debían “ser congruentes con las áreas problemáticas, así como con las intervenciones intersectoriales que se necesitan” (Gómez Córdoba, 2012: 8-9).

Finalmente, en la cuarta dimensión, la profesora Gómez Córdoba tenía claro que había que tener en cuenta las nuevas formas de medicina que estaban surgiendo desde finales del siglo XX y comienzos del XXI a partir de “tres áreas del conocimiento [que] han evolucionado para converger en este siglo: las ciencias de la vida, la física cuántica, la bio-ingeniería o ingeniería biomédica, y las ciencias cognitivas, que se han denominado *convergencia biotecnológica* y han dado lugar a la innovación en productos y servicios de salud y nuevas formas de medicina”. Entre estas, incluía la medicina genómica, la medicina reproductiva y técnicas de procreación humana asistida y la medicina regenerativa o de reemplazo. Algunas de las formas por medio de las cuales se presenta la medicina genómica son: la medicina personalizada o individualizada, de la cual hacen parte la farmacogenómica, la toxicogenómica, la nutrigenómica y la medicina preventiva¹³ (Gómez Córdoba, 2012: 9-14).

A partir de todos estos elementos con los que la profesora Gómez Córdoba había entrado en contacto durante el tiempo que estuvo trabajando y coordinando el Grupo dedicado a la elaboración de la propuesta de reforma de 2005, ella tenía claro que la formación médica debería

transformarse acorde con las nuevas megatendencias, desde lo más profundo del paradigma que fundamenta la medicina moderna, exigiendo del médico un conocimiento que excede lo técnico-científico y profundizar en otras áreas (sociales, jurídicas, económicas y básicas), así como una capacidad de interactuar con otras disciplinas y formas de producción del saber. Requerirá competencias para el aprendizaje a lo

¹³ Para un análisis más a fondo de estos nuevos tipos de medicina, véase las páginas 7 a 14 del Documento que estamos citando (Gómez Córdoba, 2012: 7-14).

largo de la vida y un entendimiento del proceso salud-enfermedad desde sus diversos determinantes, que precisarán un ámbito de acción en las dimensiones micro, meso y macro (incluida la dimensión biopolítica). (Gómez Córdoba, 2012: 14)

Pero todo eso, como se puede colegir de la lectura de estos textos, estaba impregnado ya de su conocimiento de la bioética y de las humanidades médicas, con las que ella venía teniendo contacto desde unos años atrás, como lo demuestran sus publicaciones de esa época (Gómez Córdoba, 2005a; Gómez Córdoba, 2007; Gómez Córdoba, 2008a; Gómez Córdoba, 2008b; Gómez Córdoba, 2009).

Las concepciones educativas aportadas por Andrés Isaza Restrepo al grupo de la reforma

El otro miembro del comité conformado por Quintero fue el profesor Andrés Isaza Restrepo, quien, entre septiembre de 2003 y septiembre de 2007, mientras participaba en el grupo anterior de la reforma de 2005, había cursado una Maestría en Educación en la Universidad de los Andes y se había graduado con la tesis *Enseñar y aprender a enseñar medicina desde una perspectiva no tradicional*¹⁴. Durante ese doble periplo, el profesor Isaza Restrepo se dedicó al estudio de los diferentes sistemas de educación médica desde la Antigüedad hasta el siglo XX, comprendiendo que su análisis dejaba ver, a lo largo de la historia, “su coherencia con la dinámica de cada momento histórico, y su influencia recíproca [y esto obligaba] a comprender las tendencias de la educación médica dentro del contexto sociocultural y de la práctica médica, y a tenerlos en cuenta para definir y proyectar sus tendencias hacia el futuro” (Isaza Restrepo, 2012: 63).

A partir de un análisis sucinto de las diferentes formas y modelos de educación médica desde el siglo VI y V a. C., Isaza Restrepo se concentra en el estudio del Informe Flexner de 1910 para hacer un análisis sobre sus características y las formas como dicho informe proponía cambios en la educación médica. Después de destacar los elementos positivos para la

¹⁴ Isaza Restrepo, A. (s.f.). Hoja de vida. CvLac. Recuperado de https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0000202630

medicina del siglo XX plasmados en este informe (entre ellos, la formación del pensamiento científico del médico a partir del estudio de las ciencias básicas, con prácticas de laboratorio; que las clínicas se aprendieran mediante prácticas centradas en los hospitales vinculados a las universidades; que hubiera un vínculo estrecho entre el desarrollo de la investigación y la educación; y que se vincularan a la enseñanza educadores médicos de tiempo completo), Isaza Restrepo comenzó a contrastar lo planteado por Flexner y sus resultados en la práctica médica, con los progresos de la segunda mitad del siglo XX en el campo de la educación (Isaza Restrepo, 2012: 63-67).

Entre ellos, destacaba los progresos en las Ciencias Sociales, la Psicología, las Neurociencias, las Ciencias Cognitivas y la Investigación en Educación. Isaza Restrepo planteaba además que estos progresos, “aunados al cuestionamiento del positivismo y un cambio en el paradigma epistemológico, prepararon el campo para una nueva generación de reformas en la educación médica en la segunda mitad del siglo XX”. Isaza Restrepo conocía claramente el nuevo modelo de enseñanza y aprendizaje “conocido como *aprendizaje basado en la solución de problemas* (*problem based learning* o PBL)” implementado por las universidades de McMaster, en Canadá, y de Maastricht, en Holanda, pioneras de esta reforma, así como el modelo curricular integrado experimental, puesto en marcha por la Universidad Newcastle en el Reino Unido (Isaza Restrepo, 2012: 67).

Desde esta nueva perspectiva, Isaza Restrepo tenía claro que el conocimiento debe concebirse “como resultado de un proceso dinámico, en construcción permanente, que reconoce particularmente la importancia de lo social, y no como una verdad ya concluida”. Así mismo, estaba convencido de que este “nuevo modelo rompe el esquema pedagógico ‘tradicional’”. Por lo tanto, el estudiante debería pasar a ser el centro de la actividad de aprendizaje, pues su papel deberá ser totalmente activo, y construir su conocimiento al trabajar en la solución de los diferentes tipos de problemas que se le propongan: “Este modelo promueve y valora notoriamente el trabajo en colaboración de pequeños grupos de estudiantes, no solo para el aprendizaje de conocimientos, sino para la formación en comportamientos, actitudes y valores” (Isaza Restrepo, 2012: 67).

Por lo tanto, Isaza Restrepo entiende que “[...] el profesor tiene ahora la tarea exigente de diseñar y proponer los problemas, con lo que se aprovecha

realmente su experiencia, y asume el papel de guía y acompañante en una relación más horizontal respecto a los estudiantes”. Para esto, deben usarse entonces nuevas estrategias de enseñanza como los *pacientes estandarizados* (actores entrenados para simular los síntomas y signos de las enfermedades); los juegos de roles; los debates y discusiones grupales; los estudios de caso; el diseño de esquemas y proyectos de investigación; y otras estrategias variadas que puedan surgir en un marco propicio para la innovación. Complementariamente, propone la exposición temprana del estudiante a los pacientes, y fomenta la ampliación de los escenarios de aprendizaje hacia los centros de atención comunitaria; y en el campo de la salud pública, las propuestas del trabajo multidisciplinario. Todo esto implicaba el desarrollo de “nuevos métodos de evaluación de los estudiantes, dirigidos en general a la demostración práctica de sus conocimientos y habilidades” (Isaza Restrepo, 2012: 67).

Isaza Restrepo conocía muy bien la implementación de este nuevo modelo de enseñanza y su adaptación con algunas variaciones o innovaciones en universidades de Norteamérica y Asia. También tenía claro “que las innovaciones pedagógicas que caracterizan esta generación de reformas distan aún de ser adoptadas de forma generalizada” y que, desde el punto de vista curricular “los modelos disciplinares persisten en muchas escuelas alrededor del mundo [incluyendo el Programa de Medicina del Rosario], aunque existe una renovada tendencia a abandonarlos y a adoptar currículos organizados de modo integrado, que en la mayoría de los casos siguen el modelo de tipo espiral propuesto por Harden, Sowden y Dunn” (Isaza Restrepo, 2012: 68), desde 1984 (Harden, Sowden & Dunn, 1984).

Para Isaza, entonces, el diagnóstico era claro: frente a los desarrollos de la medicina contemporánea, los currículos médicos tradicionales existentes parecían

estáticos, fragmentados, y hasta obsoletos. La formación no responde a las necesidades de los pacientes, y menos aún de la comunidad: hay falta de compromiso social de muchas escuelas de medicina con la salud de la población; persistencia de un énfasis en el modelo biologicista; deficiencia de conocimientos y habilidades por parte de los egresados para el manejo de la atención primaria en salud; el aprendizaje está todavía muy concentrado en la práctica en hospitales; hay insuficiente

formación para el trabajo en equipo y el humanismo; el enfoque de los problemas corresponde a miradas técnicas que carecen de una concepción contextual amplia; se pretende proveer salud a partir de encuentros episódicos, más que de cuidados continuos; entre los médicos no surgen líderes preparados para mejorar el desempeño de los sistemas de salud, y no hay una posición frente a los avances de la globalización y la interdependencia. Esta deficiencia en lo que respecta a la atención primaria, es común a países ricos y pobres. (Isaza Restrepo, 2012: 68-69)

A partir de ese panorama descrito, el profesor Isaza Restrepo justificaba entonces la realización de “un profundo examen de la educación de los profesionales de la salud, en general, y el rediseño de la educación médica en particular”. Siguiendo las recomendaciones de una comisión encargada por la revista *The Lancet* para revisar el estado actual de la educación médica, Isaza Restrepo consideraba que “es indispensable una nueva generación de reformas, dirigida principalmente a adaptar y armonizar las competencias globales a los requerimientos específicos del contexto local, y a formar nuevas profesiones de la salud, capaces de mejorar el desempeño de los sistemas de salud”. Vale la pena anotar que esta misma propuesta fue asumida con compromiso por la Organización Panamericana de la Salud y por sus países socios, en la *Agenda de la Salud para las Américas*. Su “propósito final común es el de asegurar a la población una cobertura universal en salud, con servicios equitativos y de alta calidad” (Isaza Restrepo, 2012: 69).

Así mismo, planteaba que dichas reformas “requieren de una administración mejor estructurada, un sistema de acreditación fuerte y acciones prioritarias sobre la formación de los educadores en salud [enfocadas] hacia la movilización del conocimiento y el desarrollo del razonamiento crítico y de conductas éticas”. Proponía entonces un aprendizaje *transformativo* que evolucionara hacia

el desarrollo de habilidades para la búsqueda, análisis y síntesis de la información pertinente para tomar decisiones, [...] la acreditación de competencias para el trabajo de colaboración efectivo en el interior de los sistemas de salud [...] más integrada y armónica [...], avanzar en la integración, el trabajo en redes, la formación de consorcios y alianzas

entre las actuales instituciones de salud y educación, y abandonar las preocupaciones institucionales “introspectivas” en beneficio del flujo global del contenido educativo, y de los recursos de enseñanza. (Isaza Restrepo, 2012: 69-70)

En resumen y recogiendo un planteamiento cada vez más insistente en la literatura actual, Isaza Restrepo sugería “promover un nuevo profesionalismo basado en la acreditación de competencias como criterio objetivo para la clasificación de los profesionales de la salud, que favorezca la conformación de verdaderos equipos de trabajo y borre los límites entre las profesiones y la inequidad en el reconocimiento laboral entre los profesionales de la salud” (Isaza Restrepo, 2012: 70-71).

Los aportes de Catalina Latorre Santos al grupo que lideró el proceso de reforma

A partir de la conformación de este grupo, la profesora Catalina Latorre Santos se vinculó en las discusiones y actividades llevadas a cabo para darle cuerpo a la nueva reforma. Su aporte fundamental estuvo relacionado con su conocimiento del sistema de salud del país y sus cambios a partir de la llamada “Reforma de los 90”, que abanderaron la necesidad de estructurar un sistema de salud que lograra una “mayor cobertura, mejorar calidad, promover competencia, participación público-privada en la financiación, en la prestación, establecer un paquete básico de servicios y financiar la salud mediante esquemas de aseguramiento universal”. Latorre Santos apoyaba la idea de la “competencia regulada, que permite establecer una acción moduladora del Estado, donde interviene y regula las principales fallas del mercado de salud para garantizar la equidad y la eficiencia [...] dentro del pluralismo estructurado que organiza los principios de la competencia regulada” (Latorre Santos, 2012: 18).

Partiendo de este conocimiento del sistema y apoyándose en el texto de Cooke, Irby y O’Brien (Cooke, Irby & O’Brien, 2010), recientemente publicado por la Fundación Carnegie, la profesora Latorre planteaba que “los programas de formación [de médicos] deben lograr generar competencias que permitan adaptarse a los sistemas, buscar su mejoría, ser agentes de los pacientes para dar la mejor solución a sus servicios, centrarse en los pacientes,

mantener la investigación, avanzar en la investigación traslacional y dar, ante todo, una atención profesional y humanizada” (Latorre Santos, 2012: 33).

En este campo de la salud pública hubo algún debate entre los miembros del Comité de Base de la Reforma, porque la profesora Latorre Santos tenía una comprensión de la Salud Pública desde la atención primaria y la promoción de la salud, pero muy cercana a la Salud Comunitaria, entendida en un entramado entre las perspectivas de los Estilos de Vida lalondianos y los Determinantes Sociales de la Salud, a medio camino entre la visión ecoepidemiológica de Nancy Krigger y la Epidemiología Social anglosajona de Marmot y Wilkinsón. Por su parte, Quevedo estaba más del lado de la Epidemiología Crítica y de la Triple Determinación Social, provenientes de la Medicina Social Latinoamericana (Quevedo V., 2020). Pero Gustavo Quintero no quería que se hablara de Salud Pública, pues lo consideraba un término “bastante desgastado”, y prefería la denominación que se usaba en Harvard de “Ciencias de la Salud de Poblaciones” (*Population Health Sciences*) (Quintero Hernández, 2019-2020). Finalmente, se llegó al acuerdo de utilizar el término propuesto por Quintero y, por el camino, ir definiendo qué contenidos y enfoques metodológicos se le irían dando a dicho eje del currículum. De hecho, la profesora Latorre aceptó el término, pero en la práctica, como ella lo dice: “[...] con esa premisa yo me adapté, pero empezamos a involucrar toda la parte de fundamentación de todo lo que son los determinantes sociales de las salud, que quedó más o menos consignado en lo que hoy en día es el curso de APS I” (Latorre Santos, 2018-2020). Por su parte, Quevedo introdujo un módulo de *Historia de los servicios y sistemas de salud*, en el curso de APS del IV semestre de la carrera, desde el cual se haría un análisis histórico-crítico de estos servicios y sistemas de salud, desde el siglo XVIII, incluyendo la problemática y la crisis del modelo neoliberal que rige el sistema de salud colombiano actual y los posibles caminos de solución futura desde la concepción de la triple determinación social de la salud y la enfermedad (Quevedo V., 2020).

Cambio de rumbo en el proceso de la reforma: la llegada al grupo de Emilio Quevedo Vélez

Mientras los miembros de este nuevo grupo trabajaban en los ajustes mencionados, durante el segundo semestre de 2009 se vinculó a la Facultad,

como profesor titular de carrera, Emilio Quevedo Vélez. De acuerdo con Quintero, a su llegada se llevaron a cabo múltiples conversaciones con él en torno a la reforma. Uno de los argumentos centrales del profesor era que no se podía llevar a cabo una reforma coherente de un programa de medicina si no se tenía claro cuál era el concepto de salud-enfermedad sobre el que debería apoyarse dicha reforma, puesto que era sobre este que se basaba todo el conocimiento y la práctica médica en cada momento de la historia. Por lo tanto, el tema de la reconceptualización de la salud y la enfermedad era fundamental para poner en marcha la reforma curricular.

Según Quintero, fueron de vital importancia los diálogos que

[...] comenzamos a tener [...] con Emilio Quevedo sobre la definición del proceso salud-enfermedad [...] muchas veces adentro y afuera de la institución. Comencé a enamorarme de la manera como él estaba pensando la salud y la enfermedad, y de repente descubrí que era importantísimo poner las bases fundamentales de la reforma en ese pensamiento filosófico y hoy creo que fue un éxito total [...]. (Quintero Hernández, 2018)¹⁵

¹⁵ Desde la vinculación de Quevedo a la Facultad de Medicina de la Universidad del Rosario, a comienzos de 2009, este profesor sostuvo varias conversaciones con la profesora y directora del Programa de Medicina, Ana Isabel Córdoba, sobre la reforma curricular que se estaba diseñando. Como conclusión de estas conversaciones, las cuales se centraron en la idea de que para realizar una reforma curricular era necesario primero definir el tipo de concepto de salud-enfermedad sobre el cual se montaría la reforma, la profesora Ana Isabel planteó la posibilidad de hablar con Quintero para programar una reunión con Quevedo y con el grupo que estaba trabajando en la reforma para discutir el asunto. La idea era que, tal como estaba planteada la reforma, no se criticaba el concepto flexneriano y su enfoque predominantemente biológico de la salud y la enfermedad y, por lo tanto, al final la reforma solo sería una reacomodación de asignaturas y temas, pero no un verdadero cambio en el enfoque de la educación médica. Quevedo, apoyándose en la propuesta de Asa Cristina Laurell de que la salud y la enfermedad no eran estados sino procesos sociales y culturales, planteaba la necesidad de una reconfiguración del concepto salud-enfermedad como un proceso constante de construcción social para poder introducir en el currículo los componentes sociales y humanísticos que garantizarían no solo la comprensión de lo social y lo cultural como elementos etiológicos de la enfermedad, sino también como constituyentes en sí mismos de dicho proceso. Como consecuencia, la profesora Ana Isabel se encargó de concretar dicha reunión (Quevedo V., 2020).

A partir de ese momento, Emilio Quevedo, director del Grupo de Estudios Sociales de las Ciencias, las Tecnologías y las Profesiones (GESCTP), se vinculó al grupo de la reforma del Programa, para construir, unificar y articular el eje que sería la piedra filosofal del proceso de reestructuración: un nuevo concepto del proceso salud-enfermedad. El punto de partida era la comprensión de que la salud y la enfermedad son procesos (no estados, como los define la Organización Mundial de la Salud, [OMS]), “resultantes de la intersección de múltiples formas de determinación que actúan en tres ámbitos: 1) en el de lo singular o individual, 2) en el de lo particular o de las colectividades o poblaciones y, 3) en el de lo general [o estructural], es decir, la estructura social y la cultura, todos ellos de carácter histórico”. Quevedo planteaba que estos procesos son, ante todo, sociales y culturales, pues “lo biológico y lo psíquico están subsumidos y determinados social y culturalmente”. Teniendo en cuenta estas afirmaciones, la reorganización del currículo implicó modificar las bases biológicas de cómo se entendía la salud y la enfermedad y pasar a usar una concepción biopsicosociocultural e histórica de estos procesos (Quevedo V., 2012: 304-306).

Pero, para Quevedo, la transformación curricular tenía que ir mucho más allá, y vio en esa coyuntura la oportunidad para intentar la introducción de las ciencias sociales en la enseñanza médica, integradas de una manera diferente a como se venía haciendo en las otras facultades de medicina. Al respecto, ya desde 1985, había venido planteando la necesidad de una reforma en ese sentido¹⁶. En un artículo titulado *La educación médica en Colombia*, publicado ese año en la revista *Colombia: Ciencia y Tecnología*, órgano de divulgación de COLCIENCIAS, Quevedo, después de hacer un breve recorrido crítico por los períodos históricos por los que había pasado la educación

¹⁶ Después de haber participado en la puesta en marcha de la estructura curricular innovadora de la Escuela Colombiana de Medicina, desde 1979, y haber implementado allí el Seminario de Filosofía e Historia de las Ciencias y de la Medicina, como un espacio para que el estudiante de Medicina pudiera reflexionar sobre el saber y la práctica médica, y le diera herramientas para ver, desde un espacio metacognitivo, críticamente y en perspectiva ese saber y esa práctica, Quevedo se dio cuenta de que esa propuesta de reforma de la enseñanza médica era incompleta si el estudiante no se apropiaba de los conceptos y métodos de las ciencias sociales y humanas, para utilizarlos en la comprensión del saber y de la realidad de la salud y del enfermar de los individuos y de las comunidades en las que tendría que trabajar (Quevedo V., 2018-2019).

médica en el país, enunciaba cinco puntos básicos que se deberían tener en cuenta para elaborar una propuesta de reforma de la educación médica:

Primero, hay que

[...] definir muy claramente el papel que el médico debe desempeñar en la comunidad. Siempre se habla de las necesidades de salud de la comunidad y de cómo el médico debe intervenir para solucionarlas. No obstante, nunca se piensa desde que marco de referencia se miran dichas necesidades [...] Una necesidad es algo sentido [...] lo que puede ser necesidad para los miembros de una comunidad, puede no serlo para otros, según el lugar que ocupan dentro de la estructura social. La definición de este aspecto orientará hacia el tipo de conocimientos que el médico habrá de tener. (Quevedo V., 1985: 10)

Segundo, hay que tener claro el sentido de la práctica, pues entenderla como el ámbito donde se ejecuta lo aprendido en la teoría altera el sentido de la formación médica, ya que

[...] es la práctica misma, en tanto que nos pone en contacto con los temas a solucionar, la que nos marca el camino hacia la teoría. Así, la teoría se convierte en el nivel que permite plantear y solucionar los problemas reconocidos en la práctica [convirtiéndose] en la columna vertebral de la formación médica¹⁷ [...] La práctica estará programada de acuerdo con los niveles de formación del estudiante desde la atención primaria hasta la terciaria, de acuerdo con un proceso de complejidad creciente, que permita al médico participar de todos los momentos de la vida de la comunidad y prestar, mientras aprende, un servicio permanente¹⁸. (Quevedo V., 1985: 10-11)

¹⁷ Un importante pensador, “de cuyo nombre no quiero acordarme”, decía: “no hay nada más práctico que una buena teoría”, para remarcar la relación dialéctica de doble vía entre la teoría y la práctica.

¹⁸ Se alcanza a notar aquí la presencia de las discusiones que se estaban dando en ese momento en torno a las relaciones entre teoría y práctica y sobre la práctica teórica (Althusser, 1970a; Althusser, 1970 [1965]; Althusser, 1970b; Althusser, 1974b; Althusser, 1975; Althusser,

El tercer punto (fundamental) que hay que tener en cuenta es que:

[...] el ser humano no es simplemente un ser biológico y que la enfermedad no es tampoco la simple alteración orgánica de ese ser [...] Es el hombre un ente biológico que es humano en la medida en que es el producto histórico de un conjunto de relaciones sociales en proceso. Por tanto, es consciente, porque dicho desarrollo se lo permite [...] como consecuencia, al médico no se le puede seguir enseñando el ser humano como si fuera solamente una entidad biológica [...] deberá aprender un ser humano que es también un conjunto de relaciones sociales. [En este sentido] [...] las ciencias sociales no pueden limitarse al papel de simples auxiliares de la Salud Pública. Deberán ser integradas orgánicamente al currículo para que hagan explícita de una manera permanente, la determinación social de la medicina, de la salud y de la enfermedad¹⁹. (Quevedo V., 1985: 11)

El cuarto punto se refiere a que:

[...] la formación del médico implica un problema epistemológico, en tanto que el abordaje de los conocimientos necesarios para resolver los problemas planteados por la práctica social del enfrentamiento a la enfermedad y a la prevención de ella, implica la claridad de unas perspectivas culturales y científicas para que estos conocimientos no se conviertan en simples racimos de conceptos sin ninguna articulación entre sí [...] se trata de [...] [facilitarle al médico] la construcción de un marco de referencia histórico cultural, que permita comprender el origen y la razón de dichos conocimientos, así como el nivel de desarrollo en que se encuentran en relación con las estructuras generales de la ciencia y del conocimiento humano. [Pero] este es también un problema histórico,

1977a; Althusser, 1977b). Igualmente, el pensamiento de Leavell y Clark en epidemiología (Leavell & Clark, 1958 [1953]) su crítica desde Sergio Arouca (Arouca, 2008 [1976]).

¹⁹ Se ve la influencia del nuevo pensamiento social (Althusser, 1970a; Althusser, 1975; Berger & Luckmann, 1968 [1967]; Chinoy, 1975; Marx, 1971 [1859]; Marx, 1971 [1857]; Marx & Engels, 1974; Weber, 1977; Weber, 1979).

en la medida en que se hace necesario comprender el proceso de producción de un concepto para poder valorar su validez y la intervención que este posibilita sobre una realidad dada²⁰. (Quevedo V., 1985: 11)

Finalmente, el quinto punto consiste en que

[...] el médico deberá conocer y comprender otros enfoques de la enfermedad y la salud, diferentes de aquellos que maneja desde el conocimiento científico [pues], es con esos otros esquemas que generalmente, y sobre todo en un país como el nuestro, el paciente se refiere a su enfermedad, y es con dichas concepciones, que imagina los mecanismos de ella y supone su tratamiento. No podrá el médico ni siquiera comunicarse con su paciente si no conoce su léxico, ni sus representaciones con relación al cuerpo, la mente, la enfermedad y el tratamiento²¹. (Quevedo V., 1985: 11)

Tres años después, en junio de 1988, en un artículo titulado *El proceso de institucionalización de la educación médica en Colombia*, volvió sobre el asunto de una manera más extensa pero agregó: “[...] si el hombre tiene pensamiento, por ser un ser biológico, determinado social e históricamente, la medicina tendrá que incluir una formación amplia en las ciencias de la mente y de los determinantes sociales, antropológicos [léase, culturales] y biológicos de la conducta y de la enfermedad mental” (Quevedo V. & Vergara, 1988: 61). Y añadió un planteamiento programático central:

[...] Esto significa [...] que existe la necesidad de superar una semiología organicista de la enfermedad —la del modelo anatomoclínico,

²⁰ En este punto se hace evidente la influencia del pensamiento histórico-epistemológico francés de Gastón Bachelard y de Georges Canguilhem (Bachelard, 1973 [1971]; Bachelard, 1973; Bachelard, 1978; Bachelard, 1981 [1934]; Bachelard, 1981 [1938]; Canguilhem, 1966; Canguilhem, 1975a; Canguilhem, 1975b; Canguilhem, 1975c; Canguilhem, 1975d; Canguilhem, 1975 [1955]; Canguilhem, 1982 [1977]).

²¹ Aquí es notoria la influencia de la antropología médica que estaba comenzando a florecer en el país y con la cual Quevedo empezaba a tener contacto (Friedman, 1983; Hildebrand, 1983; Jimeno, 1983; Lobo Guerrero & Herrera, 1983; Reichel-Dolmatoff, 1978; Reichel-Dolmatoff, 1983; Von Hildebrand, 1983).

fisiopatológico y etiopatológico— para lograr una semiología biopsicosocial, ya que, aunque el médico entienda la enfermedad, desde una perspectiva teórica, como un fenómeno biopsicosocial, en la práctica solo cuenta con una semiología organicista y, por lo tanto, solo puede representarse la enfermedad de su paciente concreto como una realidad orgánica. (Quevedo V., Emilio & Vergara, 1988: 61)²²

Doce años más tarde, con la esperanza de ser oído por un público académico más receptivo, presentó nuevamente sus argumentos, de manera mucho más elaborada, en el escenario rosarista, el Aula Mutis del Claustro del Rosario, como orador invitado por la Facultad de Medicina en el II Encuentro de Egresados Rosaristas, con una ponencia titulada *La crisis social de la Medicina y la Medicina en la crisis social*, en la que hablaba de la urgencia de reformar la educación médica, ante la crisis epistemológica y social de la profesión y su incapacidad para enfrentar la crisis social y de la salud que se estaba presentando en el país, durante las conversaciones de paz del gobierno de Andrés Pastrana, de la cual ya hemos hablado atrás (Quevedo V., 2000). Pero los ámbitos de la profesión y de la educación médica todavía no estaban preparados en este país para ese cambio.

Por eso, la coyuntura de la reforma curricular en el Rosario, en 2009, se configuraba para Quevedo como una oportunidad única para intentar poner en marcha un nuevo currículo que recogiera todos esos planteamientos que había venido elaborando y consolidando durante tantos años. Al insertarse en el grupo promotor de la reforma, Quevedo fue introduciendo a cada paso no solo la idea de un nuevo concepto de salud y enfermedad que funcionara como el eje articulador del currículo, sino también entretejiendo en toda la estructura curricular lo que para él ahora se podía presentar como los

²² Valga la pena anotar que este es todavía un aspecto pendiente por desarrollar, pues requiere un trabajo de investigación profundo en el ámbito clínico y comunitario para descubrir y construir ese conjunto de signos nuevos, que conformarían esa nueva semiología, a partir de un nuevo concepto de salud y enfermedad. Ya Quevedo, en 1987, había propuesto a la Escuela Colombiana de Medicina un proyecto en ese sentido, titulado *Semeión* (nombre tomado de la palabra griega *semeia*, que significa “signo”), pero no logra el apoyo de esa institución en ese sentido.

Estudios Sociales de la Salud y de la Medicina²³. Estos elementos se integraron, además, con los aportes de Ana Isabel Gómez desde el campo de la Bioética, en el cual la profesora Gómez había realizado ya publicaciones, y del de las Humanidades Médicas, temas ambos afectos a Gómez y a Quevedo, y sobre los cuales habían sostenido múltiples conversaciones desde la llegada de este último a la Facultad²⁴.

Todo esto significaba entonces no una reforma del currículo, sino un cambio de rumbo hacia la propuesta de la construcción de una nueva estructura curricular, para que la reforma del Programa de Medicina fuera coherente. Esta debía entonces incluir, de manera transdisciplinar, un eje que fue denominado “socio-humanismo”, basado en los Estudios Sociales de la Salud y en las Humanidades médicas, que amarrara y guiara los conocimientos y las prácticas del médico rosarista. El estudiante se nutriría de

²³ Para Quevedo, la nueva disciplina de los Estudios Sociales de la Salud y de la Medicina debería apoyarse en varias fuentes. La primera, la de Medicina Social Latinoamericana, en sus diversas vertientes; la segunda, la de la Historia Social y Comparativa de la Medicina y de la Salud Pública, especialmente en su versión latinoamericana; y, la tercera, la de los *Social Studies in Health and Medicine*, procedentes de las tradiciones de la historia, la sociología y la antropología médicas y de la salud, y de la medicina social norteamericanas (Estados Unidos y Canadá) y británicas, que recogían, de cierta manera ecléctica, diferentes tipos de trabajos de investigación social sobre el campo de la medicina y de la salud. Algunos de ellos fueron recopilados en el año 2000 en un primer *handbook* sobre *Social Studies in Health and Medicine* editado por Gary L. Albrecht, Ray Fitzpatrick y Susan C. Scrimshaw (Albrecht, Fitzpatrick & Scrimshaw, 2000). Además, era necesario tener en cuenta los aportes de la Antropología Médica Crítica sobre los procesos culturales y su rol en la determinación de la salud y la enfermedad (Freund & McGuire, 1999; Janzen, 2002; Le Breton, 2002 [1990]; Quevedo-Gómez et al., 2011), así como los aportes del psicólogo argentino Néstor A. Braunstein sobre las formas como los elementos sociales y culturales estructurales se incorporan al inconsciente individual y grupal, a través de la ideología, medio de los aparatos ideológicos del Estado y de la propaganda, como lo propone Louis Althusser (Althusser, 1970a; Althusser, 1974a; Braunstein, 1980).

²⁴ Estos eran algunos de los temas que Gómez había venido incluyendo en las discusiones sobre la reforma desde que ese proceso se había iniciado, y era profesora de bioética en la Facultad. Quevedo también había incluido el tema de la bioética en el Seminario de Filosofía e Historia de las Ciencias de la Escuela Colombiana de Medicina, dedicando a ese campo el tema del Seminario en el décimo semestre de la carrera de Medicina. Igualmente, había sido profesor de la Escuela Latinoamericana de Bioética, coordinada por la Fundación Mainetti, en la Universidad de La Plata, Argentina, entre 1988 y 1990, dictando el módulo de Bioética en la Salud Pública y había participado como ponente invitado, durante esos años, en el Simposio Internacional de Bioética, que se llevaba a cabo en La Plata y en las Jornadas de Humanidades Médicas, que se celebraban anualmente en la ciudad de Mar del Plata, Argentina (Quevedo V., 1991: 71-81).

los conocimientos y las perspectivas sobre los cuales se entendía y construía esa noción de la enfermedad y de la salud como procesos sociales, culturales y dinámicos (Quintero Hernández, 2018).

A partir de esta comprensión, el grupo de trabajo comenzó a llamarse “Comité de Base” de la reforma, y quedó integrado por Ana Isabel Gómez, Catalina Latorre, Andrés Isaza, Emilio Quevedo y el propio Gustavo Quintero, quien lo lideraba. Ellos reestructuraron la propuesta de reforma, integrando los conocimientos y la experiencia de Quintero, los aportes de Ana Isabel Gómez sobre las megatendencias globales, los conocimientos de Andrés Isaza sobre educación médica y la experiencia de Catalina Latorre en salud pública, atención primaria y promoción y gestión de la salud, con las propuestas de Emilio Quevedo sobre el proceso salud enfermedad y sobre la entronización de los Estudios Sociales de la Salud.

Se consolida la propuesta de la reforma

En la medida en que fueron avanzando las discusiones en torno al perfil del médico que debería surgir de esta reconstrucción curricular y de los elementos que se requerían para lograrla, se fue consolidando la idea de que esta reforma debería estar fundamentada en tres ejes: la enseñanza basada en resultados de aprendizaje (*learning outcomes*), con base en lo trabajado con la Universidad de Sheffield (Stark, 2012); el fundamento filosófico de la reforma sobre la nueva conceptualización del proceso salud-enfermedad, propuesto por Emilio Quevedo y su Grupo (Quevedo V., 2012; Quevedo V., 2013); y el eje de la enseñanza para la comprensión, aportado por el grupo de la Universidad de Harvard (Perkins, 1998; Stone Wiske, 2012), por medio de la colaboración de David Perkins (Quintero Hernández, 2018).

A continuación, se describe este proceso siguiendo un orden cronológico.

En primer lugar, para el “Comité de base” de la reforma había quedado muy claro la necesidad de construir un nuevo paradigma sobre el que se apoyara la reforma, el cual debería incluir tres cambios fundamentales, como bien lo resumió después Quintero Hernández, llevando la vocería del grupo:

El primero, es la concepción del proceso salud-enfermedad [...] que parte de unas reflexiones profundas sobre los cambios que el mismo

concepto ha tenido a lo largo de la historia de la medicina, para concluir que este es primariamente un proceso social y cultural dentro del cual se insertan lo psicológico y lo biológico; pero que está determinado por la cultura. Esta reflexión implica una reestructuración fundamental del pensamiento curricular en la educación médica [...]. Esta aproximación filosófica implica repensar la forma en que se enseña medicina. ¿Para qué se enseña si no es para que los educandos tengan una preparación que los haga ser exitosos en su práctica profesional y contribuyan a aumentar el bienestar de la población en la cual intervienen, de una manera integrada? (Quintero Hernández, 2012b: 123-124)

El proceso salud-enfermedad así definido, deberá se adoptado como el eje fundamental de la enseñanza-aprendizaje para un cambio curricular, con la seguridad de que esta modificación conceptual introducirá los componentes necesarios para integrar lo sociohumanístico y la salud de poblaciones con las ciencias biomédicas y clínicas, de forma permanente y en cada momento de la enseñanza-aprendizaje, a fin de que en la práctica se haga de igual manera. Esto, sin lugar a dudas, constituye un verdadero cambio de paradigma. (Quintero Hernández, 2012b: 124)

El segundo cambio está relacionado con el cómo se aprende [...]. Un cambio curricular debería apuntarle conceptualmente al desarrollo de la comprensión, lo cual significa hacer cosas usando los conocimientos previos para resolver nuevos problemas en situaciones inéditas. En consecuencia, el proceso educativo debería estar estructurado sobre el entender, es decir, poner todo en contexto [...] La comprensión implica llevar a cabo una gama de actividades que requieren pensamiento reflexivo respecto a un tema; explicarlo, encontrar evidencia y ejemplos, generalizarlo, aplicarlo, presentar analogías, y representarlo de una manera nueva, tal y como está comprendido dentro de la teoría de la Enseñanza para la Comprensión (EpC)²⁵. (Quintero Hernández, 2012b: 124)

²⁵ Teoría desarrollada por David Perkins y colaboradores en la Escuela de Posgrado en Educación de la Universidad de Harvard (Entwistle, 2009; Perkins, 1998).

El tercer cambio está relacionado con el cómo se enseña. Para poner a funcionar los elementos constitutivos de una reforma, es necesario apoyarse en procesos exitosos previos, particularmente aquellos que hayan implementado un currículo basado en resultados del aprendizaje (competencias)²⁶ [...] El currículo basado en resultados de aprendizaje promueve la integración horizontal y vertical y evita la sobrecarga de información que producen los currículos enciclopédicos, lo cual se ha tratado de obviar a través del core-curriculum [...] [que] debe incluir aquello que le es común a todas las ramas de la medicina, enseñado a través de problemas o casos, que es la forma como se presentan las enfermedades sobre todo en aquellos que permitan aprender a aprender y a integrar las ciencias biomédicas, clínicas, sociohumanísticas y de salud de poblaciones— o a través de Actividades Integradoras de Aprendizaje por Sistemas. (Quintero Hernández, 2012b: 124-125)

Una vez consolidada la propuesta de los tres elementos que deberían quedar incluidos en la nueva estructura curricular, y con el apoyo del Grupo de Estudios Sociales de las Ciencias, las Tecnologías y las Profesiones (GESCTP), el Comité de Base de la Reforma organizó y puso en marcha más de diez talleres con grupos focales integrados por docentes, personal administrativo, altos directivos, estudiantes y egresados. Dichos talleres estuvieron orientados a la reconformación del concepto salud-enfermedad y a la discusión del perfil del médico rosarista que se formaría a partir de este nuevo enfoque. Estos grupos focales permitieron que los diferentes estamentos de la comunidad académica se sumergieran en el marco teórico que estaba guiando la reforma, ayudaran a complejizarlo y se comprometieran conscientemente con su participación en ella (Latorre Santos, 2018-2020; Quevedo V., 2018-2019). La Universidad brindó pleno apoyo a este proceso.

Complementariamente, se contactó a la Escuela de Graduados de la Universidad de Harvard con el objeto de realizar el curso para los profesores

²⁶ “Los antecedentes de esta experiencia vienen de la Universidad de Brown, en Estados Unidos (Smith & Dollase, 1999). Ellos consideran que la educación basada en competencias (resultados de aprendizaje) representa el modelo educativo para el siglo XXI y ha sido implementada exitosamente en distintas universidades y escuelas de primer orden en el mundo, como es el caso de la Universidad de Sheffield en el Reino Unido (Quintero Hernández, 2012b: 125).

denominado “Enseñanza para la Comprensión”, para comenzar a fundamentar el segundo eje. Dicho curso fue llevado a cabo en modalidad presencial y virtual en abril de 2010, y en él participaron cerca de 70 profesores y alumnos, incluyendo colegiales e integrantes del Consejo Estudiantil del Programa de Medicina. El curso fue financiado en su totalidad por la Universidad del Rosario, fue coordinado por la profesora Martha Sone Wiske, de la Escuela de Posgrado en Educación de la Universidad de Harvard (Stone Wiske, 2012), y contó con la visita del educador mundialmente reconocido David Perkins, creador del concepto “enseñanza para la comprensión” (Perkins, 1998). El curso se basó en el texto de Tina Blythe, *Enseñanza para la comprensión. Guía para el docente* (Blythe, 2010 [1999]), complementado con el de Noel Entwistle, *Teaching for Understanding at University* (Entwistle, 2009), y las competencias adquiridas en él fueron de gran importancia para la reforma curricular que se adelantaba y marcaron parte de la metodología que sería utilizada como fundamento de la reestructuración del Programa de Medicina.

Posteriormente se realizó un nuevo curso sobre “Evaluación de Resultados de Aprendizaje”, liderado por la profesora Patsy Stark, de la Universidad de Sheffield, que sirvió de base para la fundamentación del tercer eje (Stark, 2012). Este curso, como complemento del anterior, permitió contar con un grupo de profesores y estudiantes que estaban plenamente actualizados en las nuevas modalidades de educación médica y fueron definitivos para lograr un cambio en la manera de concebir el proceso de enseñanza-aprendizaje y continuar adelante con la reforma (Palacios Sánchez, 2015).

Otro elemento importante de este proceso fue el aportado por la experiencia previa de Quintero en la utilización de las TIC y los métodos virtuales en la enseñanza médica. El experimento puesto en marcha en ese sentido por él en la Universidad de los Andes y la creación de la marca e-Sanitas, de la que ya se habló atrás, que se convirtió en el centro de educación virtual de Unisanitas, considerado en 2009 como el centro de educación virtual *e-learning* y *m-learning* más importante de Latinoamérica, fueron la base para apoyar el desarrollo e implementación del nuevo currículo en las tecnologías de la información y de la comunicación. La creación de la Plataforma Mutis, en la cual fueron anidados los currículos virtuales de la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, nació con la renovación del currículo del Programa de Medicina. Esta fue ideada por Quintero, basándose en toda

la experiencia previa recorrida, con el apoyo del área de tecnología de la Universidad y, sobre todo la invaluable colaboración de Vladimir Ospina Maldonado²⁷ quien, desde el año 2011, estuvo al frente de la implementación y mejora del currículo en línea de la Escuela en la Plataforma Mutis.

Final del gobierno de Álvaro Uribe y llegada de Juan Manuel Santos Calderón a la Presidencia de la República

Mientras en la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud se trabajaba intensamente en los marcos teóricos y metodológicos que deberían fundamentar la reestructuración del currículo de Medicina, en el ámbito de la política nacional, el gobierno de Uribe llegaba a su fin, para ser reemplazado por el ganador de la nueva contienda electoral, la de 2010, Juan Manuel Santos Calderón. Este proceso de cambio implicaría rápidamente un viraje en la política de paz del país, que conduciría a una nueva dinámica de conversaciones entre el gobierno y la guerrilla de las FARC.

Aunque la guerrilla para ese momento tenía tres veces más frentes armados que hacía veinte años, había quedado debilitada militarmente por un ejército más efectivo, más tecnificado y más organizado que había comenzado a reestructurarse desde el gobierno de Pastrana con la llegada del Plan Colombia al país. Durante el gobierno de Uribe, dicha transformación del ejército se consolidó, lo cual le permitió a las Fuerzas Militares dar varios golpes efectivos a las FARC. Así mismo, se agudizaron las campañas de exterminio de los simpatizantes de la guerrilla por parte de los grupos paramilitares. “Todo esto arrinconó a las FARC y las hizo replegarse a zonas remotas e incluso de frontera, con Venezuela o Ecuador” (Melo, 2017: 276).

No obstante, entre 2002 y 2007, el Ejército, que atacó con algún éxito a los grupos guerrilleros e incluso recurrió a métodos ilegales, lo cual alcanzó niveles insólitos, como los llamados “falsos positivos”: “los soldados vestían de guerrilleros no a víctimas de errores y accidentes, sino a personas

²⁷ El licenciado en sistemas Vladimir Mauricio Ospina Maldonado se había vinculado al Departamento de Sistemas de la Universidad del Rosario a finales de 2010 y, a comienzos de 2011 fue trasladado a la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud para apoyar el desarrollo de la Plataforma Mutis. A partir de ese momento, trabajó mano a mano con Gustavo Quintero y con el Comité de Base de la reforma.

comunes, asesinadas a sabiendas de que no tenían vínculos con la guerrilla, para inflar el número de bajas y ganar reconocimientos por los resultados”. Cuando el público se enteró de estos eventos, creció un clamor popular en contra del uso de la ilegalidad para garantizar la seguridad democrática. Al conocerse esta información, la protesta aumentó tanto que el gobierno se vio obligado a destituir a casi treinta oficiales que tuvieron responsabilidad en estos hechos (Melo, 2017: 276).

En este contexto, el gobierno comenzó a considerar que los grupos de paramilitares podrían mirar con simpatía la posibilidad de reinsertarse socialmente, pues era prácticamente innecesario que continuaran en una guerra que habían justificado ante todo por la ineficacia del gobierno. En ese momento, con el recrudecimiento de la ofensiva militar oficial contra la guerrilla, surgía una coyuntura que les permitiría abandonar las armas (Melo, 2017: 276).

“No en balde, las zonas dominadas por el paramilitarismo habían sido claves en su victoria electoral del año 2002” y por eso el gobierno llevó a varios de sus jefes para ser oídos en el Congreso: Salvatore Mancuso y Ernesto Báez. Así mismo, el gobierno posibilitó que Carlos Castaño se convirtiera en “una estrella de la televisión, dando entrevistas en las que exhibía ostentosamente sus armas, sus hombres y sus uniformes camuflados de las AUC”. Así, con el respaldo del gobierno, se firmó un acuerdo de paz con los paramilitares en Ralito, en 2003, y entre 2005 y 2006, se entregaron unos 31.000 hombres que fueron presentados como combatientes y cuyos jefes principales recibieron condenas breves de prisión (Melo, 2017: 276-277). El gobierno les dio una generosa ley de justicia y paz que propició la desmovilización de más de treinta mil combatientes cuando sus grupos sumaban, según se decía, solo dieciocho mil (Caballero, 2018: 413).

Según Melo, “algunos de los jefes principales, que siguieron dedicados a negocios de narcotráfico, fueron extraditados en 2008. Las penas fueron generosas y desordenadas y las confesiones, insatisfactorias para las víctimas”. Al final, “pocos paramilitares tuvieron que devolver las tierras y fortunas acumuladas, basadas en la corrupción, la violencia a los campesinos y el tráfico de drogas”. Aun así, “se formaron nuevas bandas armadas para proteger el negocio de la droga y, si volviera a ser necesario, actuar en contra de los simpatizantes de la guerrilla” (Melo, 2017: 276-277).

Entre los años 2007 y 2008, la lucha contra la guerrilla comenzó a estancarse debido al tratamiento que el gobierno les dio a las FARC como bandidos comunes desconociendo la existencia de un conflicto interno con raíces políticas y sociales. Esto llevó a que el gobierno perdiera flexibilidad y capacidad de acción para lograr una negociación que consolidara sus éxitos militares. Por su parte, la guerrilla debilitada y golpeada por la muerte de algunos de sus más conocidos jefes y por operaciones exitosas del ejército, como el rescate en 2009 de la excandidata presidencial Ingrid Betancourt, que llevaba siete años secuestrada, la guerrilla parecía derrotada. Sin embargo, para Uribe, “destruir los últimos reductos de ésta parecía algo remoto y costoso, más cuando el ejército estaba cuestionado socialmente por los falsos positivos y la política antidrogas que se había vuelto rígida y enredada en su propia retórica” (Melo, 2017: 277-278).

En 2010, debido a que el Congreso le negó una segunda reelección, “el presidente Uribe decidió lanzar la candidatura de su exministro de Defensa estrella, Juan Manuel Santos, posiblemente el más oligárquico de los candidatos: perteneciente a la familia propietaria del poderoso diario *El Tiempo* y sobrino-nieto del difunto presidente liberal Eduardo Santos” (Caballero, 2018: 416). No obstante, el radicalismo del ataque oficial y su desatención a la legalidad, habían debilitado al gobierno de Uribe y, en 2010, después de ocho años de lucha por la seguridad, las encuestas electorales comenzaron a mostrar un posible triunfo de los críticos de Uribe²⁸. Esto asustó a la cada vez más conservadora población electoral que decidió votar por el candidato del presidente, pues prometía continuar con la firmeza contra la guerrilla, pero “sin las rigideces y arbitrariedades del gobierno que terminaba. (Melo, 2017: 278).

No obstante, pese al apoyo directo de Uribe, Santos solo alcanzó a ganar las elecciones en la segunda vuelta, aunque con una buena ventaja de aproximadamente seis millones de votos sobre el segundo candidato, Antanas Mockus Šivickas. Sin embargo, tras ganar las elecciones y “proclamar que Uribe había sido el mejor presidente de Colombia en toda su

²⁸ Entre los políticos que estaban compitiendo con Santos para la presidencia, se encontraban Antanas Mockus Šivickas, German Vargas Lleras, Gustavo Petro Urrego, Noemi Sanín Posada y Rafael Pardo Rueda.

historia, [Santos] emprendió una política por completo contraria a la suya” (Caballero, 2018: 416).

Al posesionarse Juan Manuel Santos el 7 de agosto de 2010, y conocerse su posición en contra de la política del expresidente Uribe, quien seguía siendo inmensamente popular, este último, desde el Senado, encabezó “la más acerba oposición vista en el país en más de medio siglo. Que se volvió frenética cuando el nuevo presidente anunció que llevaba un año de conversaciones secretas a cargo de su hermano, el periodista Enrique Santos Calderón, exdirector de *El Tiempo*, destinadas a buscar un acuerdo de paz con las FARC” (Caballero, 2018: 416).

Pero las conversaciones ya oficiales, formales y públicas, se iniciaron en 2012, en Oslo y en La Habana, con los jefes guerrilleros para discutir la posibilidad de firmar la paz. Simultáneamente, se abrieron conversaciones en Caracas con los delegados del ELN (Caballero, 2018: 416). Como lo recuerda el propio Juan Manuel Santos, “luego de estudiar otros procesos de paz exitosos y fracasados en el mundo, había llegado a la conclusión de que, para conseguir la paz en Colombia, debían cumplirse cuando menos cuatro condiciones”. La primera era que se generara un cambio en la correlación de fuerzas entre la guerrilla y el Estado a favor del Estado. Solo sería posible sentarse a negociar la paz si las fuerzas legítimas del Estado alcanzaban un peso militar estratégico, muy superior al de la guerrilla. La segunda era que existiese una voluntad auténtica de la guerrilla de hacer la paz y esto solo sería posible si sus comandantes entendieran que, para ellos y como organización armada, era preferible firmar un acuerdo de paz que continuar en una guerra que no podían ganar. La tercera implicaba la existencia de un respaldo internacional y, en especial, el apoyo regional, pues en las guerras actuales asimétricas solo se puede pensar en una victoria o una solución negociada justa cuando se cuenta con el apoyo de la región. La cuarta era reconocer la existencia de un conflicto armado interno, pues era la única posibilidad para poder aplicar el derecho internacional humanitario y una justicia transicional, como lo autoriza el Estatuto de Roma (Santos Calderón, 2019: 145-146).

El primer gobierno de Santos se caracterizó por su dedicación a su proceso de paz, pero una vez iniciadas las conversaciones en 2012, el asunto se volvió una batalla conceptual de tirs y aflojes para llegar a los principios

sobre los que se podría negociar. Esto fatigó a todos los ciudadanos colombianos y la posibilidad de acabar con una guerra de medio siglo provocó hastío en los electores, que comenzaron a desconfiar de la posibilidad de acabar con esta guerra. Por eso, de mala gana los colombianos volvieron a votar por Santos para un segundo período en 2014 con la esperanza de que esta sería la garantía de que las conversaciones no fueran rotas por el candidato opositor respaldado por Uribe, el economista Óscar Iván Zuluaga (Caballero, 2018: 417).

Continúa el proceso de reestructuración del currículo de Medicina

Mientras Santos comenzaba a negociar la paz, en la medida en que se fueron dando los tres procesos en los que se fundamentaría la reforma curricular, ya mencionados atrás, el Comité Curricular sesionó en múltiples oportunidades, presidido por el decano Leonardo Palacios, con la participación de Gustavo Quintero como líder del proyecto de reforma curricular y fue analizando paso a paso las propuestas que finalmente fueron aprobadas por unanimidad, tal como consta en el Acta n.º 8 del 14 de julio de 2011²⁹.

Como parte del proceso del establecimiento de la reforma curricular, Gustavo Quintero presentó al Consejo Académico, en su sesión n.º 184 del 14 de julio de 2012, el proyecto de reforma tal como lo había aprobado el Comité Curricular. Expuso el marco conceptual y la nueva estructura curricular para todos los años de la carrera, incluyendo el modelo del internado, en el que seis meses eran obligatorios y los otros seis de internado selectivo-electivo, permitiendo al estudiante tener posibilidades o de realizar coterminal con alguna maestría, de acuerdo con lo establecido en el Decreto Rectoral 1115 de 2010, o de rotar por servicios de su elección, o de vincularse con actividades de investigación. El número de créditos disminuyó de 263 a 227, la flexibilidad aumentó de un 8 % a un 22 % y el número de semanas por semestre disminuyó de 20 a 16 durante los primeros seis semestres. Los demás mantuvieron las 20 semanas. Respecto al tema de la evaluación, se disminuyeron los exámenes de manera considerable, de alrededor de 200

²⁹ Acta n.º 08/11 del Comité Curricular del 14 de julio de 2011.

pasarían a 42³⁰. Las opciones de salida finales fueron definidas de la siguiente forma: medicina general y familiar; especialidades médico-quirúrgicas; programas de maestría o de doctorado con investigación; y doble programa u otros estudios³¹.

El nuevo currículo se caracterizó por el aprendizaje por sistemas, experiencia clínica temprana, gran flexibilidad curricular, diseño en espiral, evaluación basada en resultados de aprendizaje y varias opciones de salida. Uno de los aspectos más novedosos fue la enseñanza por medio de las “actividades integradoras de aprendizaje por sistemas (AIAS)”, articuladas en cuatro áreas: ciencias biomédicas, ciencias clínicas, ciencias socio-humanísticas y ciencias de la salud de las poblaciones. Durante cada semestre se presentarían al alumno casos clínicos relacionados con el sistema que se está estudiando y cuya solución debería alcanzar con el apoyo de los docentes de las cuatro áreas mencionadas³².

Así, el diseño curricular quedó cimentado en la integración a través de la conformación de asignaturas y AIAS. En esta estructura se hacía explícita una integración horizontal (diacrónica) a través de los resultados de aprendizaje esperados (RAEs) y una integración vertical (sincrónica) de las ciencias (básicas, clínicas, sociohumanísticas y de salud de poblaciones), aumentando la complejidad en forma gradual, en espiral (Álvarez Otero & Ortiz Fonseca, 2017). El hilo conductor son los casos clínicos vinculados al sistema que está siendo estudiado. Los alumnos recibirán clases magistrales sobre el tema, realizarán búsquedas de información a través de las múltiples fuentes que la Universidad ha dispuesto para ellos, participarán en talleres de cada tema dirigidos por profesores, serán acompañados durante el proceso por profesores que tendrán el rol de facilitadores, que analizarán en

³⁰ Acta n.º 184 del Consejo Académico del 14 de julio de 2011.

³¹ En contraste, en ese momento, antes de iniciarse la reforma, el currículo anterior estaba compuesto de diez semestres que tenían una duración de 20 semanas. El internado rotatorio (semestres 11 y 12) tenía una intensidad horaria de 66 horas a la semana y 15 días de vacaciones (Palacios Sánchez, 2017-2019).

³² La elaboración de cada uno de estos casos estuvo a cargo del Centro de Educación en Ciencias de la Salud (CECS), bajo la dirección de Gustavo Quintero y con la participación del Comité de Base ampliado y los profesores de cada área, teniendo en cuenta el peso epidemiológico que estos casos representaban en la realidad de la salud-enfermedad del país.

pequeños grupos lo aprendido, evaluando los RAE y contarán con el apoyo permanente de un mentor (Velásquez Torres & Palacios Sánchez, 2017).

Los mentores serían profesores de amplia trayectoria en la Escuela que asumirían el rol de acompañar un grupo de 10 a 12 estudiantes desde los primeros días en la Universidad, hasta la culminación del programa académico. El día de la ceremonia de iniciación de cada primer semestre se haría la imposición de las batas blancas, y el mentor le pondría la bata a cada uno de sus protegidos (Palacios Sánchez, 2017-2019). A partir de ese entonces, el mentor sostendría reuniones con ellos en forma individual y grupal para tratar diferentes temas académicos y extraacadémicos, con el objeto de servir como guía y orientador en aspectos muy importantes de adaptación a la vida universitaria. Con frecuencia, este tipo de diálogos permiten detectar situaciones vinculadas con aspectos extraacadémicos que influyen en el rendimiento de los alumnos. Una vez el mentor detecta la situación, recurre a los mecanismos que la Universidad tiene previstos para apoyar a los estudiantes, entre los cuales está el apoyo psicológico y el que el Programa de Acompañamiento Para Todos (PACTO)³³ ofrece. Este programa tiene un director de cohorte en cada Facultad o Escuela³⁴.

La mayoría de las clases serían filmadas y se pondrían en una plataforma, que posteriormente se denominó Plataforma Mutis, la cual quedaría a la disposición de la comunidad académica. En el análisis de cada caso, participarían profesores de las cuatro áreas mencionadas y se realizaría una sesión denominada “cierre de caso”, en la cual los alumnos enviarían preguntas al grupo de docentes y, bajo la coordinación de un facilitador, se establecería un diálogo entre docentes y discentes, que permitiría integrar el aprendizaje (Velásquez Torres & Palacios Sánchez, 2017).

³³ Este programa está diseñado para acompañar y asesorar a los estudiantes en su ciclo de vida en la Universidad del Rosario, incluyendo la inserción a la vida universitaria, orientación curricular, asesoría académica, programas y servicios de apoyo integral y conexión con programas de posgrado. Al inicio, el director de PACTO fue el administrador de empresas rosarista José Aldo Buenaventura Borrero. Actualmente, este programa hace parte de la Dirección de Estudiantes, liderada por Naysla Andrea Yauhar Pacheco y la persona que lidera PACTO, para el momento de escritura de este libro, es Laura Otalora, como jefe de Permanencia.

³⁴ La primera persona que ejerció dicho cargo en nuestra Escuela fue la fonoaudióloga rosarista Mónica Morales Piedrahita, a la sazón profesora de carrera.

Otra estrategia innovadora que se incluyó en la reforma fue el denominado “Nuevo Trivium” que, como señalan las profesoras de carrera y fonoaudiólogas Beatriz Álvarez Otero y Martha Ortiz Fonseca, rescató el *trivium* clásico medieval (enseñanza de la gramática, la retórica y la lógica). Esta estrategia pretendía aportar al estudiante las posibilidades de comunicación necesarias para su práctica médica, entrenándolo en el método de aprender a aprender, comunicar y pensar críticamente. El currículo anterior no señalaba de manera explícita la forma como se deben adquirir estas competencias (Álvarez & Rodríguez, 2012: 167). En esta reforma, el Nuevo Trivium es un aspecto transcurricular que es incluido, junto con las áreas antes mencionadas, en las AIAS.

El nuevo currículo propuesto estaba fundamentado en el modelo conceptual de la Enseñanza para la comprensión (EpC) basada en resultados para el aprendizaje esperados (RAE), y en el modelo EPICES (acrónimo que significa, E: estudiante, P: problemas, I: integrado, C: comunidad, E: electivo, y S: sistémico) como estrategia educativa básica, expresada así:

- Centrado en el estudiante
- Basado en problemas
- Integrado
- Basado en la Comunidad
- Altamente electivo
- Aprendizaje basado en sistemas (Quintero Hernández, 2012c).

Para su desarrollo se organizaron:

- Módulos Selectivos de profundización que permitirían tres tipos diferentes de salida: médico, médico con opción de grado en maestría e investigación o médico con doble programa.
- Un Core-curriculum basado en Actividades Integradoras de Aprendizaje por Sistemas (AIAS).
- Un alto porcentaje de simulación y paciente estandarizado.
- Valoración continua: formativa y sumativa.
- Gestión curricular.
- Evaluación permanente de la calidad para el mejoramiento continuo.

- Apoyo en tecnologías de información.

El plan de estudios se organizó de la siguiente manera:

Año 1: Fundamentos Científicos de la Medicina

Primer semestre:

- Biociencias
- Introducción al Socio-Humanismo
- Introducción a las Competencias Médicas
- Epidemiología
- Cultura Rosarista

Segundo semestre:

- Genética y Desarrollo
- Defensa y Respuesta del Huésped
- Simulación Médica
- Estructura del Cuerpo Humano
- Función y Terapéutica
- AIAS-Líquidos y Electrolitos
- AIAS-Hemato-Oncología e Infectología

Años 2 y 3: Actividades Integradoras de Aprendizaje por Sistemas (AIAS)

Tercer semestre:

- Atención Primaria I
- Medicina Traslacional I
- Doble Programa I
- AIAS-Sistema Nervioso
- AIAS-Medicina del Comportamiento

Cuarto semestre

- Atención Primaria II
- Cultura Rosarista
- Ciencias Socio-Humanísticas I (Historia y teoría del concepto salud-enfermedad)
- Ciencias Salud de Poblaciones I
- AIAS-Endocrinología
- AIAS-Músculo-Esquelético
- AIAS-Cardiovascular

Quinto semestre

- Medicina traslacional II
- Doble Programa II
- Atención Primaria III
- Constitución Política
- AIAS-Respiratorio
- AIAS-Gastrointestinal y Nutrición

Sexto semestre:

- Ciencias Socio-Humanísticas II (Antropología y Sociología de la Salud)
- Ciencias de Salud de Poblaciones II
- Atención Primaria IV
- Formación en Ética y Valores
- Introducción a la Práctica Clínica
- AIAS-Renal
- AIAS-Reproductivo
- AIAS-Dermatología
- AIAS-Envejecimiento

Año 4: Práctica clínica

Séptimo semestre:

- Bloque Clínico I
- Bloque Clínico II

Octavo semestre

- Bloque Clínico III
- Bloque Clínico IV

Año 5: Módulos Selectivos de Profundización (MSP)

Noveno semestre:

- Módulos selectivos de Profundización I
- Electivas del Medio Universitario
- Ética y Derecho Médico

Décimo semestre:

- Módulos selectivos de profundización II
- Electivas del Medio Universitario
- Medicina Legal

Año 6: Internado

Undécimo semestre:

- Internado Clínico

Duodécimo semestre:

- Internado Electivo-Selectivo³⁵ (Quintero Hernández, 2012b)

³⁵ Acta n.º 184 del Consejo Académico del 14 de julio de 2011.

Una de las modificaciones más llamativas fue la introducción, durante los semestres noveno y décimo, de los Módulos Selectivos de Profundización, durante los cuales el estudiante puede elegir un área de profundización entre Medicina Familiar y Atención Primaria; especialidades médico-quirúrgicas; o participación activa en las actividades de investigación que los diferentes grupos de investigación de la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud ofrecen para ellos. El estudiante podrá escoger libremente el campo científico al que se quiere dedicar y el grupo en el que quiera participar. Todas ellas dan acceso a certificados para su carrera profesional.

Esta renovación curricular, siguió la recomendación de los pares académicos de la reacreditación de 2004, por la cual la Universidad decidió emprender una tarea de cambios curriculares desde 2005, plasmados en el documento “Lineamientos para la Reforma Curricular de Medicina”, escrito por la profesora Ana Isabel Gómez Córdoba, directora del Programa de Medicina (Gómez Córdoba, 2005b), como estrategia básica para mejorar la calidad de la formación que ofrece a sus estudiantes y de afianzamiento de la comunidad académica. La renovación curricular se hizo, entonces, con exigencias claras de formación en competencias, competitividad internacional, formación integral con un Núcleo de Formación Rosarista (NFR), y con perfiles de egresados polivalentes a partir del ofrecimiento de núcleos de diversificación, para que los estudiantes tuvieran, además de su formación profesional básica, una aproximación a otros saberes disciplinares.

La reforma, que tomó cinco años en su diseño y arquitectura curricular, fue plasmada en un documento terminado el 23 de agosto de 2012 y entregado por Gustavo Quintero al decano de la época, Leonardo Palacios, para su trámite ante las instancias respectivas de la Universidad y del Ministerio de Educación Nacional (Quintero Hernández, 2012a). La propuesta fue presentada entonces ante el Consejo Académico de la Escuela, luego se cursó el trámite a las instancias de la Universidad, encargadas de realizar la radicación del documento ante el Ministerio de Educación Nacional, señalando que la fecha probable de apertura del programa objeto de esta reforma sería el primer semestre de 2012³⁶.

³⁶ Acta n.º 184 del Consejo Académico del 14 de julio de 2011: 5.

El 8 de febrero de 2013, el Ministerio de Educación Nacional expidió la resolución n.º 1207 por medio de la cual se modificó el registro calificado anterior y se aprobó el nuevo plan de estudios. Se cumplió así con el segundo encargo hecho al asesor especial de rectoría, Gustavo Quintero Hernández. En julio de 2013, ingresó la primera cohorte, compuesta por 140 estudiantes de Medicina, para cursar la reforma expuesta (Velásquez Torres & Palacios Sánchez, 2017: xvii).

Méderi como organización de conocimiento³⁷

La tercera encomienda para el hoy decano Quintero en su condición de asesor especial de Rectoría fue la integración de Méderi con la Universidad, la cual también se ha venido cumpliendo, pues su alcance es mucho mayor en el tiempo. El viraje de Méderi de sitio de práctica a hospital universitario acreditado era fundamental para la implementación de la reforma curricular de medicina y para los otros programas de la Escuela.

Méderi transita el camino de transformación de su red hospitalaria hacia una organización de conocimiento. Desde 2008, con la contribución entre otros de Fernando Chaparro, en su momento director del Centro de Gestión del Conocimiento de la Universidad, se ideó un plan para llevar a Méderi a ese estadio superior, correspondiente con una escuela de medicina y ciencias de la salud que requiere para la formación de sus educandos de un hábitat propicio en la práctica clínica y vinculado con la ciencia.

Para Quintero y Chaparro, en su momento, Méderi tendría que tener clara su función asistencial, docente e investigativa y su capital humano debería, en concordancia, tener esa dirección: el interés por el conocimiento en toda la ruta de su práctica asistencial. Era de allí donde nacía la buena docencia y el interés por la investigación que generaría creación de grupos de investigación o la migración de ellos articulados con la investigación de la Escuela en lo que, desde entonces, 2008, se consideró de suma importancia como la investigación traslacional.

El término “traslacional” puede definirse como la medicina que va de la mesa de laboratorio, en donde emergen las teorías generadas por la

³⁷ Este apartado está todo basado en conversaciones sostenidas con Gustavo Quintero Hernández, decano actual de la EMSC (Quintero Hernández, 2019-2020).

experimentación básica, a la cama del paciente, en donde dichas teorías son evaluadas en los enfermos. Este concepto es bidireccional, es decir, de la cama del enfermo a la mesa del laboratorio, en donde la información obtenida de la experimentación clínica se utiliza para refinar el entendimiento de los principios biológicos. Lograr esto no es fácil; la Medicina Traslacional incorpora aspectos de las ciencias básicas y clínicas y, por lo tanto, requiere de personal altamente capacitado y recursos no siempre disponibles en las instituciones. Aun cuando las organizaciones puedan contar con dichos recursos, existen otras barreras por derribar, como las dificultades generadas por políticas internas y de organización.

Es evidente entonces que el concepto de “Medicina Traslacional” solo puede operar en entidades cohesivas e integrales que favorecen un ambiente altamente académico en donde los expertos de diferentes áreas clínicas y básicas, desprovistos de prejuicios, interaccionan para compartir conocimientos, experiencias y, por supuesto, problemas, que deriven en la generación de hipótesis, proyectos de investigación, discusión de resultados y aplicación de estos (Quintero Hernández & Chaparro, 2008).

En 2010, Gustavo Quintero, antes de comenzar la puesta en marcha del nuevo currículo, y en su calidad de Asesor para la Reforma del Programa de Medicina, fue trasladado a Méderi para organizar toda la relación con este Hospital y la llegada de los estudiantes del nuevo currículo. En ese momento deja su cargo como director del Centro para la Educación en Ciencias de la Salud (CECS), oficina desde donde Quintero coordinó toda la construcción del nuevo currículo y desde donde, en ese momento, trabajaba en su implementación.

Así, Catalina Latorre, pasó a reemplazar a Quintero en la Dirección del CES. Por su parte, Leonardo Briceño, quien trabajaba en el Departamento de Salud Pública y dirigía la Especialidad en Salud Ocupacional y Ambiental, reemplazó a Latorre en la Dirección del Departamento. No obstante, la profesora Latorre continuó dirigiendo el Grupo de Investigación en Salud Pública (Latorre Santos, 2018-2020).

En estos once años, Méderi ha pasado de ser un sitio de práctica habilitado y no acreditado, como otros 1500 hospitales de Colombia, a uno de los 47 hospitales acreditados en calidad. Actualmente está en espera ser acreditado como hospital universitario en 2020, y va hacia convertirse

en una organización de conocimiento con todas las implicaciones que eso conlleva para los estudiantes de la Escuela en pregrado y posgrados y para la investigación traslacional.

La puesta en marcha del nuevo currículo de Medicina

El proceso de implementación de la reforma curricular, como se estableció por medio del Comité Curricular, se hizo en dos fases: en la primera se puso en marcha la reforma en los semestres I a V y en la segunda, en los semestres de VI a XII. En consecuencia, Ana Isabel Gómez presentó a este Comité la fase I informando que esta se concentraría en la definición de las siguientes dimensiones³⁸:

- Perfil de Ingreso al Programa de Medicina de la Universidad del Rosario
- Perfil de egreso del médico Rosarista
- Competencias del médico Rosarista
- Definición de la malla curricular de I a V semestre
- Integración de las competencias al currículo

La estrategia planteada para llevar a cabo lo anterior fue por medio de la formación de grupos de trabajo por áreas. No obstante, la implementación inicial del currículo contó con algunos obstáculos. En primer lugar, la venta de la Unidad de atención primaria de La Alquería-La Fragua, por parte de la Corporación Hospitalaria Juan Ciudad, fue muy tormentosa para el inicio de una reforma curricular altamente soportada en la atención primaria. Hubo necesidad de encontrar aliados para el desarrollo del programa, que, por fortuna, se encontraron tanto en la red pública de salud de Bogotá como en Salud Total y su unidad de gestión del riesgo Virrey Solís (Quintero Hernández, 2019-2020).

Otro aspecto difícil de enfrentar en los primeros años de la reforma fueron los aprendizajes de ciencias básicas, que eran enseñados por la

³⁸ Acta 04/08 del Comité Curricular del 3 de marzo de 2008: 2.

Facultad de Ciencias Naturales y Matemáticas de la Universidad. El nuevo currículo no distinguía entre ciencias básicas y clínicas, pues era un currículo integrado. La educación médica se ha dividido tradicionalmente en ciencias básicas y clínicas, y esta última se considera la aplicación hábil de la primera. Con el tiempo, la relevancia de las ciencias básicas se ha definido por su papel en el apoyo a la resolución de problemas clínicos en lugar de ser, por sí mismas, una base de conocimiento definitoria de los médicos. La división de la medicina en disciplinas es un constructo artificial. El mundo real de la medicina práctica es transdisciplinar en gran parte. Los médicos comienzan sus interacciones con los pacientes de manera abierta, incluso los especialistas (Quintero Hernández, 2019-2020; Quintero Hernández, s. f.).

El médico debe considerar la causa de un problema desde la óptica integrada del contexto social, cultural e histórico dentro del cual están subsumidas las ciencias básicas y clínicas” (Smith, 2005). Es lo que nosotros hemos denominado un nuevo concepto del proceso salud enfermedad (Quevedo V., 2012), que ha sido la piedra filosofal de la reforma curricular de Medicina. Después de muchos años de debate, se logró que la enseñanza de estas ciencias en el Programa de Medicina se hiciera de manera integrada como el resto del currículo y basada en problemas, es decir, no de manera asignaturista (Quintero Hernández, 2019-2020).

El aseguramiento de los aprendizajes fue un poco criticado al principio, tal vez mal entendido. Un currículo como este, novedoso y vanguardista, basado más en los aprendizajes que en la enseñanza, requiere invertir la ecuación de la enseñanza en la cual el profesor enseña para que el alumno pasivamente aprenda y luego evaluarlo para generalmente entender que sabe poco y dejarlo así, por uno que privilegie los aprendizajes en los cuales la razón de ser del profesor es que estos se den y la evaluación sirva para comprobar que se dan o, en su defecto, para insistir en ellos, hasta cuando se den. Una propuesta más positiva. Más allá de estos pequeños detalles, el nuevo currículo que se inició con los primeros 140 estudiantes, en el segundo período académico de 2011, transcurrió en sus primeros seis años sin sobresaltos y cumpliendo paso a paso con las metas propuestas, a pesar de que fue necesario hacer algunos ajustes menores por el camino (Quintero Hernández, 2019-2020).

Vivencias estudiantiles durante el proceso de reforma de Programa de Medicina

Con la implementación de la Reforma Curricular de la Universidad del Rosario en 2013, los cambios internos en el programa no pasaron desapercibidos por los estudiantes al ir cursando esta carrera. Algunos estudiantes, que habían ingresado a la Universidad antes de la Reforma, pero que hicieron parte de la cohorte del nuevo currículo afirmaban que era un programa disruptivo, que cambió totalmente las costumbres y la forma en la que fueron evaluados los estudiantes del antiguo currículo. Buscó integrar áreas que no estaban implementadas como el socio-humanismo y la salud de poblaciones³⁹. Así mismo, otro estudiante afirmó que había unas diferencias muy grandes respecto a la metodología propuesta, en cuanto a carga de horas de clase e importancia de ciertas materias, lo cual hizo que, en primera instancia, hubiera resistencia hacia el pensum. Sin embargo, considera que fue un proceso de adaptación de la metodología que estaban proponiendo, pues “el nuevo currículo tomaba la decisión de dar relevancia a ciertas cosas y a otras que ya no consideraban tan importantes”, como por ejemplo el aprendizaje memorístico⁴⁰.

Algunos otros estudiantes que ingresaron directamente a este pensum consideraban que, si bien la reforma había sido muy bien pensada por un largo tiempo y tenía un fundamento teórico, a la hora de su aplicación fue un trabajo conjunto entre directivos, profesores y estudiantes que se iban retroalimentando en este proceso⁴¹. De igual manera, coinciden en que sentían incertidumbre y que hubo algunos inconvenientes en la puesta en marcha⁴², y que en la transición entre la Quinta de Mutis y el hospital sintieron la desunión entre estas dos formas de percibir la enseñanza de la medicina. Al igual, otro egresado recuerda vivir y sentir el cambio en la Universidad, tanto en ciertos docentes que tuvieron que readecuar sus

³⁹ Conversación con Luis Octavo Tierradentro, ingresó en 2013 y se graduó en 2019. 21 de julio 21 de 2020.

⁴⁰ Conversación con egresado Anónimo n.º 1. 23 de julio 23 de 2020.

⁴¹ Conversación con María Caicedo, ingresó en 2013 y se graduó en 2019. 22 de julio de 2020.

⁴² Conversación con Luis Octavo Tierradentro, María Caicedo, y los egresados Anónimos n.ºs 1, 2 y 3.

maneras de enseñar como de los demás estudiantes que sentían que esta nueva forma de enseñanza era insuficiente⁴³.

Para el momento de la Reforma el Consejo Estudiantil de Medicina (CEM) tuvo un papel relevante, siendo los estudiantes los principales afectados por ella. Como nos contó la estudiante, exmiembro del CEM y del CES Andrea del Pilar Hernández Rodríguez⁴⁴, en efecto, tanto en el Consejo como en el resto del cuerpo estudiantil había opiniones encontradas entre los estudiantes conocidos como “de viejo pensum” o de “nuevo pensum” ante la reforma, basándose en la defensa del respectivo currículo y procesos de formación. No obstante, frente a la inminente puesta en marcha de este y, al pasar el tiempo, estas opiniones fueron reconciliándose en tanto que se evidenciaba el alto nivel de formación que estaban adquiriendo los estudiantes bajo la reforma, que no entraba en conflicto con aquel “viejo pensum”. Adicionalmente, el Consejo, como voz del cuerpo estudiantil, ha sido siempre el mayor crítico, pero también el mayor apoyo para este proceso. Ha hecho importantes sugerencias que resultaron en importantes cambios en el currículo y van nutriendo siempre este proceso a lo largo de los semestres.

A pesar de las dificultades que pudieron haberse presentado en este cambio, y en los procesos de ajuste y retroalimentación, todos los egresados con los que conversamos coincidieron en que en su ejercicio profesional se sienten bien preparados, así mismo, destacan la visión ampliada que el currículo les permitió tener de la salud, pero también las actitudes que desarrollaron por la participación en otras actividades como electivas de diferentes áreas, el Consejo Estudiantil, Tutores Pares, Semilleros de Investigación o la Colegiatura⁴⁵. Remarcan, además, la posibilidad de ver al paciente como un ser integral y poder tener diferentes matices en el momento de la atención, así como la comprensión de que el ejercicio médico es dinámico, en el que influyen muchos saberes y prácticas, por lo que a veces es necesario

⁴³ Conversación con el egresado Anónimo n.º 3. 22 de julio 22 de 2020.

⁴⁴ Conversación Andrea del Pilar Hernández Rodríguez. 23 de julio de 2020.

⁴⁵ Conversación con Luis Octavo Tierradentro, María Caicedo, y los estudiantes egresados Anónimos n.ºs 1, 2 y 3.

poner en duda el conocimiento propio⁴⁶. También afirman que, por la flexibilidad del pensum, un importante factor diferencial, cada estudiante se ha formado de manera diferente y puede haber muchos perfiles de médicos graduados de este pensum⁴⁷.

Como parte de la Comunidad Rosarista, al igual que los estudiantes del antiguo currículo, destacan que la forma en que se establecen relaciones con los docentes permite que el proceso estudiantil se enriquezca mucho más, pues sobrepasa los límites de la relación estricta de pasar conocimiento a la construcción de conocimiento, a la preocupación por el desarrollo del estudiante, de su proyecto de vida y de su calidad humana y, en este proceso, se terminan estableciendo relaciones de amistad que fortalecen las futuras relaciones de colegaje en el ámbito laboral⁴⁸.

Cambios interinos en la Dirección del Programa de Medicina y nuevos programas de posgrado

Durante el período comprendido entre los años 2011 y 2012, la profesora Ana Isabel Gómez Córdoba gozó de un permiso especial para viajar a España con el fin de llevar a cabo una pasantía internacional, durante el proceso de realización de su Doctorado en Derecho Médico en la Universidad Javeriana. Durante ese tiempo fue reemplazada, de forma interina, en su cargo como directora del Programa de Medicina por la profesora Catalina Latorre Santos (Gómez Córdoba, 2019-2020).

En junio de 2011 se abrió el programa de Maestría en Salud Ocupacional y Ambiental, apoyado en el registro calificado del 2010, por medio de la Resolución 10016 del Ministerio de Educación Nacional y por medio del Decreto Rectoral 1125 del 16 de septiembre de 2010. Más tarde, la Universidad organizó una extensión en Medellín, autorizada por el Decreto Rectoral n.º 1321 del 25 de septiembre de 2014, gracias al convenio con el Instituto CES de esta ciudad, hoy Universidad CES de Medellín. No obstante, debido a cambios en las disposiciones gubernamentales acorde con la Resolución 4502 del 28 de diciembre de 2012, dicho programa y el de Bogotá debieron

⁴⁶ Conversación con el egresado anónimo n.º 2. 21 de julio de 2020.

⁴⁷ Conversación con el egresado anónimo n.º 3. 22 de julio 2020.

⁴⁸ Conversación con Luis Octavo Tierradentro y los egresados anónimos n.ºs 1 y 3.

cambiar su nombre y su enfoque por el de Seguridad y Salud en el Trabajo, maestría que más tarde obtuvo su registro calificado, el 30 de septiembre de 2015, por medio de la Resolución n.º 16341 del Ministerio de Educación Nacional. Esto obligó a crear, en el Rosario, un programa de transición para los estudiantes que ya venían cursando este programa. Desde su inicio, el director de esta maestría fue Leonardo Briceño.

En 2012, fue creado el programa de Maestría en Actividad Física, por el Decreto Rectoral n.º 1208 de la Universidad el 30 de marzo de 2012, la cual recibió su registro calificado del Ministerio de Educación Nacional el 10 de octubre del mismo año (Resolución n.º 12945). El director de esta maestría fue Jorge Correa y la primera cohorte inició el 26 de enero de 2013 con 19 estudiantes (Correa, 2018).

Finalización de la decanatura de Leonardo Palacios

El 24 octubre de 2014 se posesionó el nuevo rector José Manuel Restrepo Abondano, economista y doctor en Gestión de la Educación Superior de la Universidad de Bath, Inglaterra. Bajo esta nueva rectoría y después de doce años al frente de la decanatura, Palacios presentó renuncia a su cargo. Durante este período se consolidaron cuatro grandes procesos en la Facultad. En primer lugar, la Universidad cumplió el sueño de tener una red hospitalaria universitaria corporada, que incluyó el Hospital Universitario Mayor y el Hospital Universitario Barrios Unidos, en la cual la Universidad participó como miembro activo de la corporación.

En segundo lugar, se fortaleció el cuerpo académico de la Facultad, al crearse dos nuevos programas de pregrado, Psicología e Ingeniería Biomédica, así como el primer doctorado en la historia de la Facultad, el Doctorado en Ciencias Biomédicas, varias maestrías y especializaciones médico-quirúrgicas, ya descritas atrás; y la consolidación del proceso de reforma del Programa de Medicina, cuya primera cohorte inició en julio de 2013. En tercer lugar, se logró la acreditación y la renovación de la acreditación de los programas de la Escuela que lo requerían. Finalmente, en cuarto lugar, se creó la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud.

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)

Después de puesto en marcha el nuevo Programa de Medicina, el 19 de diciembre de 2014, el recién nombrado rector, José Manuel Restrepo Abondano, nombró como decano de la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud al cirujano, especialista en cirugía de trasplantes, especialista en Gerencia en Salud y Magíster en Microbiología Clínica, Gustavo Quintero Hernández¹, quien se había vinculado a la, en ese entonces, Facultad de Medicina, desde 2008, para trabajar como Asesor Especial de la Rectoría para el diseño e implementación de la reforma curricular. En enero de 2009, había sido nombrado Profesor Titular de la nueva Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud y asumió el cargo de director del nuevo Centro de Estudios para la Educación en Ciencias de la Salud (CECS) de dicha Escuela, para continuar implementando el plan de la reforma curricular. En 2010, pasó a ocupar el

¹ Universidad del Rosario. [Página web]. Recuperado de <https://www.urosario.edu.co/Periodico-Nova-Et-Vetera/Actualidad-Rosarista/Dr-Gustavo-Quintero-es-el-nuevo-presidente-de-ASCO/>

cargo de coordinador de la relación de la Universidad con la Red Universitaria Méderi, para la adecuación de los programas docentes e investigativos de la Escuela en esta institución, y fue reemplazado por Catalina Latorre en la dirección del CESC. El 14 de enero de 2015, Quintero asumió sus funciones como nuevo decano, designado por medio del Decreto Rectoral n.º 1336 del 19 de diciembre de 2014.

Las metas de su programa de decanatura fueron esbozadas en su Discurso de Posesión, en las cuales reforzó el concepto de Escuela y la imperiosa necesidad de hacerlo realidad, resaltando la importancia de Leonardo Palacios como primer decano de la Escuela. Señalaba que,

[...] es imprescindible responder a las necesidades de la sociedad, que es el principal objetivo de la educación. Esto conlleva incidir nuevamente en la re-estructuración del proceso de enseñanza-aprendizaje, redefinir el concepto de salud y enfermedad como uno socio-cultural e histórico en el cual está inserto lo biológico y lo psicológico, rescatar el socio-humanismo, pero además, y no menos importante, permitir que nuestros estudiantes se preparen para trabajar en sistemas complejos de forma tal que puedan liderarlos para proteger el mejor interés de los individuos y de los colectivos donde vayan a ejercer [...]. (Quintero Hernández, 2014)

Resaltaba la importancia de la interdisciplinariedad al decir:

[...] El proceso educativo debe ser, en consecuencia, capaz de proveer oportunidades de trabajar mancomunadamente, de promover el diálogo entre las ciencias, de desarrollar aptitudes en profesionalismo, trabajo en equipo y comunicación, de forma tal que les permita a nuestros egresados ejercer con éxito una profesión incierta; no solo en el pregrado, sino también en el postgrado, y en la educación continuada, tarea que no debe ser ajena a los sitios de práctica, en especial a los propios como la Red Hospitalaria Universitaria Méderi [...]. (Quintero Hernández, 2014)

La apuesta de su programa giraba alrededor de varios conceptos: los aprendizajes transformativos, que producen verdaderos agentes de cambio,

y la educación interprofesional; los cambios pedagógicos necesarios para concentrarse en el aprendizaje y no en la enseñanza; la enseñanza para comprender y no para memorizar; y, la importancia de la investigación, visionada como el hilo conductor de los aprendizajes en el futuro próximo, a través de la traslacionalidad.

Otra de las decisiones del nuevo rector, José Manuel Restrepo, fue el nombramiento como vicerrectora de la Universidad a la politóloga francesa Stéphanie Lavaux, quien se posesionó en su cargo el 9 diciembre de 2014. Había sido profesora de la Facultad de Ciencias Políticas y Relaciones Internacionales de Universidad desde el 2000², contaba con una Maestría y un Doctorado en Ciencias Políticas y Relaciones Internacionales y, desde 2011, venía ejerciendo como decana de la Escuela de Ciencias Humanas. Desde el momento de su posesión como vicerrectora, se comprometió con los cambios y nuevos desarrollos de la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud y ha sido fundamental, desde las directivas, en el apoyo al nuevo currículo del Programa de Medicina y en el impulso de la internacionalización y de la investigación, tanto en la Escuela como en el resto de la Universidad. Así mismo, le ha dado un importante espaldarazo a la investigación social en la Institución.

Cambios en la estructura organizacional y académica

A su llegada, Quintero Hernández modificó la estructura organizacional de la Escuela y se creó el cargo de la vicedecanatura, el cual fue desempeñado por Ana Isabel Gómez Córdoba³ (Quintero Hernández, 2019-2020). A partir de ese año 2015, debido las altas responsabilidades que implicaba

² Proveniente de Toulouse, Francia, Stephanie Lavaux llegó a Colombia hace 20 años. A sus 23 años de edad, tomó la decisión de pasar un par de años en el exterior. Al día siguiente de haber tomado dicha decisión, encontró una convocatoria de la Universidad del Rosario con la Embajada de Francia en Colombia: estaban buscando un joven profesor universitario en su disciplina para montar un centro de estudios europeos. A su llegada, se enamoró del país y de la Universidad y los dos años se convirtieron, hasta hoy, en veinte. “Hay gran riqueza en las universidades colombianas. Stéphanie Lavaux” (29 de julio de 2020). *El Tiempo*. Recuperado de <https://www.eltiempo.com/vida/educacion/entrevista-a-stephanie-lavau-ex-vice-rectora-de-la-universidad-del-rosario-523682>.

³ Para ese momento, Ana Isabel Gómez Córdoba, además de los títulos que hemos mencionado, ya había recibido el título de doctora en Ciencias Jurídicas de la Pontificia Universidad Javeriana.

la Dirección del Programa de Medicina, le cedió la Dirección del Grupo de Investigación en Salud Pública a Leonardo Briceño quien, desde 2010, fungía ya como director del Departamento de Salud Pública. Hasta el momento de la finalización de este libro, Briceño continúa ejerciendo ambos cargos.

Así mismo, se creó el cargo de coordinación del Departamento de Salud Mental, el cual se le asignó, en 2016, a Estefanía García Paredes, egresada de Medicina y del Programa de Psiquiatría de la Universidad del Rosario y profesora de la EMCS. Para la fecha de culminación de este libro, el jefe de departamento es Rodrigo Córdoba Rojas, también egresado de Medicina y del Programa de Psiquiatría de la Universidad del Rosario y profesor de la EMCS (Quintero Hernández, 2019-2020).

Por su parte, en mayo de ese año 2016, Catalina Latorre se retiró del cargo de directora del Programa de Medicina y pasó a ocupar el cargo de jefe de Docencia en Méderi⁴. De ese momento en adelante, Martha Negrete, quien venía trabajando como secretaria académica de la Escuela, pasa a ocupar el puesto de Directora del Programa de Medicina Universidad (Negrete Martínez, 2018-2020).

Pero también otro tipo de cambios en el ámbito académico fueron puestos en marcha. El concepto de Escuela, mencionado previamente, necesitaba ser implementado, por ser la piedra angular para el desarrollo de la educación interdisciplinar, propuesta como línea estratégica por la decanatura. Como primera medida se integraron los currículos, excepto en la parte disciplinar, de forma tal que hubiera un real currículo de Escuela, en el cual el estilo (enseñar para comprender), el método (basado en resultados de aprendizaje) y las conclusiones (perfil de egreso y opciones de salida) fueran los mismos para todos los programas. Se integraron también la forma de admisión y la de evaluación (Quintero Hernández, 2019-2020).

Así, el proceso de admisión fue unificado: se eliminaron las entrevistas y se ajustó el ingreso a la Escuela teniendo en cuenta solo la Prueba Saber 11 del Icfes, ponderando las dimensiones de lectoescritura y pensamiento lógico que, como se explicó anteriormente, constituyen los elementos fundamentales para los aprendizajes en currículos modernos como los de

⁴ Ese cargo es de carácter mixto, pagado por mitades por Méderi y la Universidad (Negrete Martínez, 2018-2020).

la Escuela. De todas maneras, y en consideración a que la medicina y las ciencias de la salud son disciplinas donde lo vocacional y humano tienen gran preponderancia, se diseñaron estrategias, como desayunos o reuniones presenciales, para que estos aspectos pudieran ser por lo menos observados en encuentros formales con los aspirantes (Quintero Hernández, 2019-2020).

La inducción a la Escuela y a los programas también cambiaron y hoy en día es conducida por los propios estudiantes de la Escuela, quienes inducen a sus nuevos pares en ella. Casi todos los programas tienen además ceremonias de iniciación, tipo batas blancas de medicina, y los estudiantes gozan a partir de allí, de programas de mentoría, tutores pares, acompañamiento por PACTO, entre otros, haciendo más personalizada su experiencia durante sus años de escuela y contribuyendo como se explicó antes a disminuir sustancialmente la deserción, no solo en medicina, sino en todos los programas de la Escuela (Quintero Hernández, 2019-2020).

Además, quedó bajo la coordinación de la decanatura, la relación estratégica con los hospitales y sitios de práctica del Sistema Académico en Salud de la Universidad del Rosario (SAS-UR), compuesto por los dos hospitales de la Red Hospitalaria Universitaria Méderi, uno de ellos, el Hospital Universitario Mayor, el más grande del país; los hospitales y unidades de atención primaria de Salud Total, en Bogotá, compuestos por Centro Policlínico del Olaya (CPO), la Clínica Los Nogales y la red del Virrey Solís (atención primaria y gestión del riesgo); y por la Clínica de Nuestra Señora de La Paz, el hospital psiquiátrico más grande de Colombia, de propiedad de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios (OHSJD), además de sesenta sitios de práctica adicionales con los cuales se tiene convenio (Quintero Hernández, 2019-2020).

Desde 2019, se crearon los Módulos de Educación Interprofesional (MEIP), de desarrollo virtual, en los cuales los estudiantes, independientemente de su disciplina, resuelven problemas juntos de forma tal que puedan entender la importancia del trabajo mancomunado de las profesiones en la atención en salud y desarrollar competencias, a través de los aprendizajes transformativos: aprender a aprender, autonomía y autorregulación, profesionalismo, liderazgo, trabajo en equipo, comunicación, valores y principios, respeto por la diferencia, y manejo de la incertidumbre que se cultivan con esta forma pedagógica (Quintero Hernández, 2019-2020; Vergel et al., 2019).

Celebración de los primeros cincuenta años de la creación del Programa de Medicina

Como un primer acto público oficial de la decanatura se organizó la celebración de los primeros cincuenta años de creación del Programa de Medicina, pues el 15 de junio de 1965 se había realizado la firma del primer convenio entre la Universidad del Rosario y la Sociedad de Cirugía de Bogotá para la reapertura de la Facultad de Medicina, después de un prolongado cierre de cien años. Para esta celebración, se publicó un folleto conmemorativo⁵, elaborado por el decano Gustavo Quintero Hernández, con la colaboración de Emilio Quevedo Vélez, Leonardo Palacios Sánchez, Ana Isabel Gómez Córdoba y Catalina Latorre Santos, en el cual se presentaba la historia de la Facultad en una línea del tiempo.

Para la celebración se programaron dos eventos académicos. El primero se llevó a cabo en el Aula Máxima del Claustro, el 18 de junio de 2015, en el cual el rector José Manuel Restrepo Abondano presentó la conferencia inaugural y el consiliario Alberto Fergusson Bermúdez y el decano Gustavo Quintero Hernández tuvieron a su cargo las otras dos conferencias. Durante este acto se hizo un reconocimiento público a Juan Mendoza Vega, quien para ese entonces era el único actor vivo de la firma del convenio de 1965⁶. El segundo evento, un simposio de egresados de la Facultad de Medicina, se realizó en el Club El Nogal el 13 de agosto de ese mismo año. La conferencia magistral de este acto estuvo a cargo de Jack Szostak, Premio Nobel de Fisiología o Medicina de 2009. Además, se invitaron a participar conferencistas representantes de seis momentos destacados de la historia de la Facultad, por décadas, así: Emilio Quevedo V. (1965-1975), con la conferencia “De la restauración a la reestructuración cincuenta años de historia”; Camilo Valderrama (1975-1985), “Retos para la salud pública en el post conflicto”; Juan Pablo Umaña (1985-1995), “Tendencias en cirugía cardiovascular”; Catalina López (1995-2000), “Del uso a la dependencia del alcohol y las

⁵ Universidad del Rosario (s. f.). “50 años”. Recuperado de <https://www.urosario.edu.co/Home/Principal/Orgullo-Rosarista/Adjuntos/50-anos-medicina/>

⁶ Universidad del Rosario. “Acto solemne. Conmemoración 50 años”. Recuperado de <https://www.urosario.edu.co/Home/Principal/Eventos/Escuela-de-Medicina/Acto-Solemne-Conmemoracion-50/>

drogas”; Mario A. Cabrera (2000-2005), “Terapia génica. Estado del arte”; y Angélica Delgado (2005-2015), “Genética del lupus eritematoso sistémico: la búsqueda de variantes genéticas funcionales”⁷. La decanatura le obsequió a los asistentes la reedición de los dos primeros tomos de la *Historia de la Facultad de Medicina* coordinados por Emilio Quevedo, *Historia de la cátedra de Medicina, 1653-1865* y *De la restauración de los estudios de medicina en el Colegio Mayor de Nuestra Señora del rosario, 1965-1969*, publicados por la Universidad.

Cincuenta años de la creación de los Consejos Estudiantiles

El 7 de octubre de 2019 se cumplieron los cincuenta años de la fundación de los Consejos Estudiantiles de la Universidad del Rosario⁸, los cuales fueron fundados por medio del Decreto Rectoral n.º 49, el 7 de octubre de 1969, firmado por el rector Antonio Rocha Alvira, tal como se mencionó en los primeros capítulos de este libro. Recordemos que en este año la situación política del país se encontraba intranquila y fue un momento de gran importancia para el surgimiento y consolidación de los movimientos estudiantiles en los ámbitos local y nacional. La creación de los entonces “comités estudiantiles” fue un proceso que resultó de un influyente movimiento estudiantil en la Universidad, con una importante presencia de estudiantes de Medicina, reclamando participación, ser escuchados y poder ser parte de las decisiones con respecto a ellos y sus carreras.

Los Consejos Estudiantiles de la Universidad del Rosario están conformados por cinco miembros, que constituyen la Junta Directiva (secretario, tesorero, canciller, vicepresidente y presidente) y un representante de cada semestre de la carrera. La fórmula de presidente-vicepresidente y los representantes por semestres se elige por votación y los cargos tienen una duración de un año. El Consejo Superior Estudiantil (CSE) está conformado por

⁷ Universidad del Rosario (s. f.). “Simposio de egresados. Medicina 50 años”. Recuperado de <https://www.urosario.edu.co/Home/Principal/Eventos/Escuela-de-Medicina/Simposio-de-Egresados-Medicina-50/>

⁸ La celebración del evento se realizó el 20 de enero de 2020 en el Claustro de la Universidad del Rosario, con la presencia de miembros antiguos y actuales de los diferentes Consejos Estudiantiles, incluido el médico Santiago Currea, protagonista de la obra de teatro *Humanae vitae*, realizada en 1969 en el Hospital de San José.

presidente, vicepresidente, director de talento humano, secretario y director financiero, los cuales son elegidos por los miembros de la mesa directiva de los Consejos Estudiantiles de cada Facultad y Escuela, de una terna presentada por esos mismos Consejos, y pertenecen a diferentes carreras de la Universidad. Las funciones de los Consejos Estudiantiles incluyen no solo la representación estudiantil ante los entes directivos y administrativos de cada Facultad y Escuela, sino también de la Universidad. Se ocupan de llevar a cabo proyectos de mejoramiento, eventos de tipo cultural y académico y, además, comunican preocupaciones, felicitaciones, críticas y sugerencias sobre los procesos académicos y extracurriculares en la Universidad⁹.

La participación estudiantil ha sido una variable constante y de gran relevancia para la organización y funcionamiento de la Universidad y de cada una de las Facultades y Escuelas de esta. Un importante ejemplo de esto fue, en 2007, la constitución del fondo de becas Sueño Ser, para ayudar a estudiantes a iniciar y continuar sus estudios profesionales en la Universidad. Esta beca es, para el momento de finalización del libro, un importante fondo, ahora administrado por la Universidad, que cuenta con los aportes de numerosos miembros de la comunidad rosarista. Con todo esto, pertenecer al Consejo Estudiantil ha adquirido mucha importancia entre los estudiantes durante su vida universitaria, entendiendo que es un privilegio, pero también una gran responsabilidad. Tanto así que, para el momento de graduación, los y las estudiantes que hacen y que hicieron parte de algún Consejo portan una beca roja bordada que los identifica como tal, acción que fue una iniciativa del CSE en 2007¹⁰.

Por fin un Acuerdo de Paz

Después de un largo proceso de conversaciones, con muchos altibajos, el 24 de agosto de 2016, se firmó en La Habana un primer Acuerdo de Paz con las FARC. Luego se ratificó, en segunda instancia en Cartagena, el 26 de septiembre del mismo año. No obstante, cuando el gobierno lo presentó a un plebiscito el 2 de octubre de 2016 para que fuera ratificado por la población, este acuerdo perdió en el referendo por una mínima diferencia.

⁹ Conversación Andrea del Pilar Hernández Rodríguez. 23 de julio de 2020.

¹⁰ Conversación Andrea del Pilar Hernández Rodríguez. 23 de julio de 2020.

Como consecuencia, el presidente Santos convocó lo que se denominó el “Gran Diálogo Nacional”, el cual se reunió entre el 4 y el 14 de noviembre en La Habana, para “concertar un nuevo acuerdo final que, sin sacrificar las convicciones que le dieron forma al primer acuerdo, resolviera de manera eficiente las dudas e insatisfacciones que se habían manifestado de manera democrática a través del Plebiscito y señalara, finalmente, caminos viables y posibles para acabar con más de cinco décadas de conflicto”¹¹. Una vez surtido este proceso, el Acuerdo con sus modificaciones se volvió a ratificar el 24 de noviembre en el Teatro Colón de Bogotá. Todos estos acuerdos fueron firmados, las tres veces, por el presidente Santos y el comandante de las FARC, el médico, cardiólogo, Rodrigo Londoño, alias “Timochenko”. Después de estos tres eventos, que los colombianos pudieron ver por televisión, el Acuerdo fue nuevamente ratificado por el Senado y la Cámara de Representantes los días 29 y 30 de noviembre.

Paso seguido, las FARC se desmovilizaron y dejaron las armas “en una proporción de casi dos armas por cada combatiente. Santos recibió en Oslo, en donde había empezado todo, el premio Nobel de la Paz. Pero la oposición [...] de la extrema derecha, a la derecha moderada y civilizada representada por Santos, siguió enredando las cosas” (Caballero, 2018: 417), y aún está pendiente por poner en marcha muchas de las promesas del acuerdo de paz.

Ajustes de las relaciones de la Escuela con los aliados estratégicos

Para 2016, se produjo en Méderi un relevo en los diferentes cargos relacionados con la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud debido a la salida del presidente ejecutivo y director hospitalario, Néstor Bustamante, y del director científico, Rafael Riveros. Este último pasó a ocupar el cargo de coordinador de la Oficina de Relacionamento con los Egresados de la Escuela. Como consecuencia, el cirujano rosarista Carlos Sefair Cristancho, quien se desempeñaba como jefe de Cirugía del Hospital y de la Escuela, pasó a ocupar el cargo de director hospitalario del Hospital, y Juan Mauricio

¹¹ Firmas del acuerdo de paz en el Teatro Colón, 2016: La paz se toma la palabra: <https://proyectos.banrepcultural.org/proyecto-paz/firma-nuevo-acuerdo-de-paz-en-el-teatro-colon>.

Pardo, quien desde 2008 ejercía como jefe de educación médica del Hospital, se posesionó como director científico. Así mismo, Catalina Latorre ocupó el cargo de jefe de educación médica y Martha Negrete, en ese momento candidata a doctora en Bioética, la reemplazó como directora del Programa de Medicina. En ese mismo año, se lanzó un libro para la conmemoración de los ocho años de existencia de la Corporación Hospitalaria Juan Ciudad y de Méderi titulado *De la oruga a la mariposa: Méderi, la historia de un sueño hecho realidad* (Jaramillo Jaramillo et al., 2016).

Un decano de Medicina del Rosario por primera vez presidente de ASCOFAME

El 31 de marzo 2016, el decano Gustavo Quintero fue nombrado presidente de la Junta Directiva de ASCOFAME. Por primera vez, un decano de Medicina de la Universidad del Rosario ocupaba este cargo. Quintero manifestó que este logro era “un reconocimiento a la Universidad”¹² y a sus innovaciones en el currículo del Programa de Medicina. A su llegada a ese cargo, y acompañado de la nueva Junta Directiva, emprendió un ambicioso proceso de renovación de la Institución.

Previamente, en noviembre de 2015, durante la XXXI Asamblea General Extraordinaria de ASCOFAME, en la mesa de trabajo presidida por el decano Quintero, se produjo un documento en el cual la Institución tomaba posición sobre las condiciones de la educación médica colombiana en ese momento. En él se plantearon varias posiciones con respecto a la formación en pre y posgrado de medicina que daban cuenta de las dificultades en el aprendizaje y en el ejercicio de la profesión en el contexto nacional. Surgió una preocupación por establecer el tipo de educación de pregrado que debía recibir el médico que en ese momento necesitaba el país. Esto incluía la propuesta de introducir la medicina familiar como parte del currículo y la de replantear los convenios de docencia-servicio que, a juicio de los participantes en el evento, no favorecían la calidad de la formación médica. En relación con las especialidades médico-quirúrgicas, se afirmó que existía un exceso

¹² Universidad del Rosario (12 de abril de 2016). “Decano de Medicina nuevo presidente de ASCOFAME”. Recuperado de <https://www.urosario.edu.co/Home/Principal/noticias/Decano-de-Medicina-nuevo-presidente-de-ASCOFAME/>

en las denominaciones de especialidades (cerca de 200) para un número de perfiles profesionales muy inferior, superando el promedio existente en Europa y en Estados Unidos. Aunque el Estado afirmaba que hacían falta especialistas, con base en estudios elaborados por el Centro de Proyectos para el Desarrollo (CENDEX), dicha situación no había sido corroborada por otro tipo de estudios sobre el tema (Quintero Hernández, 2019-2020).

Acerca de las especialidades médico-quirúrgicas, se afirmó también que, por medio de la Ley 1438 de 2011, se había establecido el pago a los residentes médico-quirúrgicos, pero que no había sido reglamentada. En consecuencia, la Asamblea consideró necesaria la implementación de este mandato, para lo cual se hicieron diferentes propuestas. La posición de ASCOFAME en relación con el pago a los estudiantes de posgrado siempre fue una: la necesidad imperiosa de pagarles como reconocimiento de su función, en su calidad de personal médico en entrenamiento, tomando una de dos posibilidades: a través de una beca o mediante un contrato laboral, privilegiando la primera. No obstante, el Estado optó por la vinculación laboral, a través de la Ley 1917 de 2018 o Ley del Residente, la cual, finalmente, fue apoyada por la Asociación y los estamentos de la Rama Legislativa. Entre los otros temas discutidos, se incluían el establecimiento de parámetros para unificar el ingreso a especialidades y un plan para la construcción de un Sistema de Certificación Periódica Voluntaria.

Convenios de exclusividad

La relación entre la Universidad y la Fundación Cardioinfantil (FCI) siempre ha sido óptima y durante la rectoría de Hans Peter Knudsen (2002-2014) se propuso en varias oportunidades, en forma verbal, a uno de los fundadores y director hasta 2010, Reynaldo Cabrera, la posibilidad de suscribir un convenio de exclusividad. Dicha iniciativa por parte de la Universidad no pudo ser cumplida en ese momento (Palacios Sánchez, 2017-2019).

Durante la rectoría de José Manuel Restrepo y la decanatura de Gustavo Quintero y siendo director de la FCI Santiago Cabrera, el 16 de diciembre de 2016 se firmó un convenio de exclusividad en pregrado (Universidad del Rosario. Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, 2016: 3) que marcó una nueva etapa en esta fructífera relación. Este convenio permitió, entre otras cosas, aumentar el número de cupos de rotaciones para los estudiantes

de pregrado, tanto en aquellas que existían previamente, como en nuevos espacios para prácticas orientadas a aquellos estudiantes que eligieran el énfasis en el componente médico-quirúrgico, cuando cursaran el Módulo Selectivo de Profundización en noveno y décimo semestre. Una figura clave en todo este proceso y que sirvió como enlace con las instancias directivas fue el médico, especialista en Filosofía de la Ciencia y magíster en Bioética de la Universidad del Bosque, doctor en Bioética y Biojurídica del programa UNESCO Universidad San Pablo CEU y, a la sazón, director de Medicina Nuclear de la Fundación, José Sinay Arévalo Leal.

Para el momento de cierre de este libro, existen rotaciones por diferentes supraespecialidades pediátricas para pregrado, que antes eran exclusivas del posgrado, como endocrinología pediátrica, oncohematología pediátrica, cardiología pediátrica, entre otras. Así mismo, el tener exclusividad de estudiantes de pregrado ha contribuido de una manera importante a consolidar la presencia de la Universidad y el “rosarismo” en la FCI. Al igual, se ha afianzado el aprendizaje de los alumnos de pregrado de manera simultánea con los de las especialidades médico-quirúrgicas que tienen como campo de práctica base esta importante institución (Suescún, 2018-2019).

A parte de este convenio de exclusividad para pregrado y de prioridad para posgrado, la EMCS tiene también exclusividad, tanto en pregrado como en posgrado, con la Corporación Hospitalaria Juan Ciudad-Méderi (Hospital Universitario Mayor y Hospital Universitario Barrios Unidos) y con la Clínica Los Nogales, desde el 14 de abril de 2016 (Quintero Hernández, 2018).

Revitalización del Programa de Enfermería

En agosto de 2016, se produjo una reunión entre el decano Quintero y la profesora Ángela Fernanda Espinosa Aranzales, quien, como fue mencionado previamente, había estado al frente del frustrado proyecto de creación del programa de Enfermería en 2008, con el fin de poner de nuevo en marcha el plan de apertura de este programa de enfermería (Espinosa Aranzales, 2019).

Con este objetivo, se solicitó a la profesora Espinosa que, como parte de sus actividades administrativas, lo diseñara. Durante este proceso adelantó reuniones con profesionales del área de enfermería en Méderi, y con la jefe del Departamento de Enfermería de la Fundación Cardioinfantil, Aracelly Serna; así como con docentes e integrantes de departamentos universitarios

de enfermería del ámbito internacional. Al terminar estas reuniones, en 2017, se le encomendó diligenciar el documento maestro.

Según Espinosa, el programa siguió el mismo enfoque curricular y el modelo pedagógico del de Medicina, incluyendo principios y estrategias como el *aprender a aprender*, la enseñanza para la comprensión y la enseñanza por casos y problemas, con un currículo estructurado en espiral y basado en las Actividades Integradoras de Aprendizaje por Sistemas (AIAS). Este programa fue diseñado con 144 créditos y con una duración de 8 semestres académicos enfermería (Espinosa Aranzales, 2019). Como instituciones hospitalarias en las que se llevaría a cabo la enseñanza práctica fueron escogidas la Red Hospitalaria Méderi, la Fundación Cardioinfantil-Instituto de Cardiología y, para las prácticas de primer nivel, la IPS Virrey Solís (Espinosa Aranzales, 2018). Una vez finalizados todos los trámites exigidos internamente por la Universidad, el documento maestro se presentó ante el Ministerio de Educación Nacional para estudio y asignación de registro calificado.

Así mismo, siguiendo los lineamientos de la decanatura en relación con que todo nuevo programa de esta Escuela debería tener un aliado internacional, se estableció contacto con el médico y patólogo colombiano Otto Sánchez, profesor de la Facultad de Enfermería de la University of Ontario Institute of Technology (Ontario Tech University), institución con la cual se firmó un memorando de entendimiento. En este se planteó la posibilidad de incluir las áreas de docencia, investigación y extensión, como participación sincrónica y asincrónica de docentes en clases, posibilidades de rotaciones de estudiantes durante el último año de la carrera y proyectos conjuntos de investigación.

Nuevos programas de posgrado

El Programa de Maestría en Salud Pública

En julio de 2016 abrió sus puertas la Maestría en Salud Pública, que venía siendo planeada desde la decanatura de Palacios. Dicho programa recibió su registro calificado el 25 de agosto de 2015, por medio de la Resolución número 13068. Desde su creación, su directora ha sido la profesora Ángela María Pinzón Rondón, médica graduada de la Universidad del Rosario, magíster en Salud Pública de la Universidad de Harvard y doctora en Salud

Materno Infantil y Salud Pública¹³. El programa fue diseñado para ser desarrollado en cuatro líneas paralelas de profundización. Tres de ellas están activas desde un comienzo: una de Profesionalización y otra de Investigación en Salud Comunitaria, a cargo de la profesora Ángela María Pinzón; y la tercera de Investigación en Estudios Sociales de la Salud, dirigida por Emilio Quevedo Vélez. En el momento, está en proceso de estructuración la cuarta línea de Profesionalización en Salud Global, con la colaboración de la profesora María Cristina Quevedo Gómez, médica de la Universidad El Bosque y magíster en Salud Pública y *Ph. D.* en Salud Global y Antropología Médica de la Universidad de Maastricht, Holanda. Al cierre de esta investigación este Programa continúa funcionando.

El Programa de Maestría en Ciencias de la Rehabilitación

Así mismo, recientemente se creó el programa de Maestría en Ciencias de la Rehabilitación (Código SNIES 105963) lanzada en septiembre de 2017. La primera directora de esta Maestría fue Adriana María Ríos Rincón y, posteriormente, Sandra Liliana Forero Nieto ocupó este cargo. Sus líneas de investigación son: estudios públicos de la rehabilitación, dirigida por Amparo Susana Mogollón Pérez; estudios tecnológicos en rehabilitación que, inicialmente, estuvo a cargo de Adriana María Ríos Rincón; estudios del funcionamiento, capacidad y desempeño humano, dirigido por Blanca Janeth Hernández Jaramillo; estudios históricos y socio-antropológicos de la rehabilitación, a cargo de Israel Cruz Velandia; y estudios ético-filosóficos de la rehabilitación, dirigida por Claudia Marcela Rozo Reyes.

Fortalecimiento de la Investigación

Proyecto estrella: Medicina traslacional

En el marco de la reforma del Programa de Medicina, como se mencionó atrás, la medicina traslacional fue una de las áreas fundamentales de

¹³ La profesora Pinzón Rondón se había vinculado en calidad de investigadora a la Oficina de Investigación de la Facultad de Medicina, en 2002, y participaba en los grupos de Investigación Clínica y de Salud Pública, además de ejercer la docencia en el campo de la Salud Comunitaria.

integración de la investigación con la práctica clínica. Para reforzarla, el decano decidió poner en marcha diferentes iniciativas: el fortalecimiento del grupo de investigación CREA con la creación del Centro de Investigación CREA; la fundación del Instituto de Medicina Traslacional; y la inauguración del Grupo de Estudios en Microbiología Traslacional y Enfermedades Emergentes-MICROS.

Por una parte, desde la Universidad se venía haciendo un trabajo muy grande junto con el equipo de gestión organizacional, para que el Grupo de Investigación CREA se consolidara como Centro de Investigación en el modelo imperante en COLCIENCIAS. En consecuencia, al interior del centro CREA, se decidió organizar un nuevo grupo de investigación, denominado Medicina Traslacional, quedando así dos grupos vinculados al nuevo Centro de Investigación. Parte de este proceso fue la vinculación a la denominada *Autoimmunity Network*, así como a la generación de vínculos con, por ejemplo, el Centro de Actividades de Tel Aviv, con el Hospital Clínic de Barcelona, con la Universidad de California en Davis y el Centro de Inmunología de Wisconsin, entre otros (Anaya Cabrera, 2020: 11). Para el momento, y desde 2019, se creó un convenio con la Clínica de Occidente, en donde el Centro cumple con diferentes funciones clínicas y de investigación (Anaya Cabrera, 2020: 6).

Por otra parte, acorde con la política de fortalecimiento de la investigación de la Universidad, la decanatura consideró que el proyecto estrella de la Escuela sería el de la implementación de la medicina traslacional y se empezó a considerar la creación de un instituto dedicado a la investigación en este campo. Para tal fin, se llevó a cabo la contratación del médico, magíster en biología y *Ph. D.* en genética, Óscar Mauricio Arcos Burgos; y del biólogo y *Ph. D.* en Neuroendocrinología, Claudio Mastronardi. Ellos venían trabajando como profesores e investigadores en la Universidad Nacional de Australia. La formalización del Instituto de Medicina Traslacional de la Universidad del Rosario (IMT-UR) se llevó a cabo mediante el Decreto Rectoral n.º 1516 del 31 de agosto de 2017 (Universidad del Rosario. Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, 2017: 1) y el decano nombró como su director a Mauricio Arcos. A este instituto se articularon los grupos de investigación CREA, el de Investigación Clínica, GENIUROS y NEUROS.

Finalmente, los docentes Beatriz Gómez y Oliver Clay que, como lo mencionamos atrás, trabajaban con la Escuela, desde Medellín, a través del convenio con la CIB, se habían trasladado a vivir a Bogotá como resultado de la finalización de dicho convenio, y por invitación del decano, continuaron con su vinculación en la sede de la Quinta de Mutis, a partir de 2015. Ya en Bogotá, la Universidad les concedió un “año de gracia” para finalizar los proyectos que aún estaban activos en la CIB y que contaban con la financiación de COLCIENCIAS y el Fondo de Investigaciones de la Universidad del Rosario (FIUR). Como lo menciona la profesora Beatriz Gómez, el grupo estuvo ubicado físicamente en la Quinta de Mutis, desde agosto de 2017, momento en el que se le asignó al recién creado Grupo de Estudios en Microbiología Traslacional y Enfermedades Emergentes MICROS, una de las casas adquiridas por la Universidad en las inmediaciones de la Quinta de Mutis. Según Gómez, el grupo en Medellín se llamaba Micología Médica y Experimental, pero se pensó que el nuevo nombre debía ser más amplio para poder incluir otras áreas de investigación como la virología, la parasitología, la bacteriología, entre otras (Gómez Giraldo, 2019).

Así mismo, uno de los retos de este grupo fue asesorar al Grupo de Hábitat de la Universidad en la remodelación de los laboratorios existentes. Así, el 4 de diciembre de 2018, se inauguró el laboratorio MICROS, con el nombre de “Ángela Restrepo Moreno”, en honor a esta importante investigadora colombiana, cofundadora y por muchos años directora de la CIB. El laboratorio cuenta hoy con una certificación *Biosafety level 3* (BSL-3) que da cuenta de su capacidad para trabajar con microorganismos de peligrosidad media-alta y transmisibles, que se pueden encontrar en pacientes inmunocomprometidos. Adicionalmente, se ha ido construyendo una alianza de trabajo sobre micosis entre universidades pares que incluyen a la Pontificia Universidad Javeriana y a la Universidad de los Andes (Gómez Giraldo, 2019).

Actualmente, una de las líneas de trabajo e investigación de este grupo se llama “Desarrollo, Estandarización, Validación de Métodos de Diagnóstico Inmunológico y Molecular para Micosis de Importancia Médica y Salud Pública” y el tema principal de investigación ha sido la histoplasmosis. El trabajo en este campo es una prolongación en la Universidad de las pesquisas de un grupo, que venía formándose años atrás y en el cual participaba Gómez, llamado Histoplasmosis Advocacy Group liderado desde el Center

for Disease Control and Prevention (CDC) de Atlanta, Estados Unidos, y que la investigadora importó a la Universidad, en donde adquirió una presencia importante. Las otras líneas de investigación del grupo MICROS incluyen la de Epidemiología Molecular de las Micosis, la de Utilización de Péptidos Antimicrobianos para Modelos Experimentales y la de Microbiología Quirúrgica. Esta última trabaja de manera muy cercana con la Fundación Cardioinfantil-Instituto de Cardiología (Gómez Giraldo, 2019).

Renovación por tercera vez de la acreditación del Programa de Medicina

La visita para la renovación de la acreditación del programa de Medicina por tercera vez, se realizó los días 10, 11 y 12 de octubre de 2016, por parte de los siguientes pares: Ignacio Briceño Balcázar (coordinador), Gustavo Pradilla Ardila (par académico) y Homero Gabriel San Juan Vergara (par académico).

El Consejo Nacional de Acreditación había fijado para ese momento los diez (10) siguientes factores:

- Misión y proyecto institucional
- Estudiantes
- Profesores
- Procesos académicos
- Visibilidad nacional e internacional
- Investigación y creación artística y cultural
- Bienestar institucional
- Organización, administración y gestión
- Egresados e impacto sobre el medio
- Recursos físicos y financieros

Sobre el primer factor, el informe enunciaba que se cumplía plenamente teniendo en cuenta que la Misión y el Proyecto Institucional, actualizado en 2014, estaban claramente enunciados y se aplicaban adecuadamente en todos sus procesos institucionales. Así mismo, el Plan de Desarrollo Integral se había proyectado en el Programa de Medicina de forma coherente con la Misión Institucional, impactando positivamente en la optimización de la

investigación y en consonancia con el compromiso social de sus prácticas y proyectos. Además, teniendo presente la reciente reforma curricular, se informaba que

el Proyecto Educativo del Programa se configuró como el eje orientador de la docencia, la investigación y la extensión. En su consolidación, se vislumbra la Red Hospitalaria como una proyección que fortalecerá el establecimiento de una escuela con identidad propia. Pero debe apuntalarse dado que el complejo hospitalario es compartido en forma tripartita con otros entes. El programa es relevante académicamente y su pertinencia social responde a los requerimientos de los diversos ámbitos de su accionar. (República de Colombia. Consejo Nacional de Acreditación, 2016: 9-10)

Respecto al segundo factor, estudiantes, los pares consideraron que se cumplía plenamente, partiendo del análisis de un número estable de aspirantes, que permitía hacer un proceso de selección adecuado y admitir a los mejores candidatos. Así mismo, se resaltó que la relación docente-alumno era adecuada, así como las instalaciones que se adaptaron al nuevo currículo. Además, se destacó el sistema denominado “PACTO” (Programa de Acompañamiento para Todos) que contaba con una directora de cohorte para el programa y que se encargaba de hacer un acompañamiento pedagógico e integral en el transcurso de la carrera. Se destacó la pertinencia y actualidad del reglamento estudiantil con el modelo de aprender a aprender y el desarrollo de competencias (República de Colombia. Consejo Nacional de Acreditación, 2016: 11-12).

El factor de profesores también se cumplió plenamente, rescatando que se había impulsado y estimulado el esfuerzo investigativo de los docentes. El estatuto del profesor universitario vigente para ese entonces reconocía los méritos académicos de sus profesores y los había preparado para el cambio curricular. Sin embargo, se recomendó generar mecanismos que permitieran la inclusión de los facilitadores y los instructores, así como generar estímulos para la docencia en igual proporción que para la investigación (República de Colombia. Consejo Nacional de Acreditación, 2016: 14-17).

Con respecto al factor de procesos académicos, se destacó la implementación de la flexibilización e interdisciplinariedad por medio de la reforma curricular, cuya primera cohorte había entrado en el segundo semestre de 2013, característica que había sido recomendada en visitas previas. Así mismo, se resaltó el esfuerzo para mejorar la innovación académica y la investigación por medio de la Dirección Académica y el Centro de Trayectoria Profesoral, Enseñanza y Aprendizaje (CEA). Teniendo presente la reforma curricular, se destacó la nueva metodología de enseñanza-aprendizaje y de evaluación como una estrategia para controlar la deserción, así como su coherencia con el desarrollo curricular, la visión del programa y el PID. Se resaltó la pertinencia social de la formación en medicina, así como los recursos disponibles en el Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación (CRAI) que “da soporte a la generación de nuevos conocimientos, la optimización de los procesos, el enriquecimiento de los recursos bibliográficos impresos y electrónicos, y la diversificación de la oferta con fuerte presencia de las TIC” (República de Colombia. Consejo Nacional de Acreditación, 2016: 17-23).

Sobre el factor de visibilidad nacional e internacional, los pares afirmaron que se evidenciaba el alto nivel de la investigación, en los productos en revistas indexadas ISI y Scopus. Se destacaron los vínculos con instituciones nacionales e internacionales que habían arrojado resultados satisfactorios en diversos proyectos de investigación. Además, resaltaron, que había una movilidad importante por parte de los profesores. Sin embargo, se recomendó gestionar o buscar estrategias que aumentaran la movilidad estudiantil (República de Colombia. Consejo Nacional de Acreditación, 2016: 24-25).

Con respecto al sexto factor, investigación y creación artística y cultural, se afirmaba que la Universidad tuvo un crecimiento importante en el número de grupos de investigación y su producción científica y se encontraba clasificada, por el Scimago Institution Ranking, como la primera institución en producción de investigación a nivel nacional y se ubicaba en el puesto 563 a nivel mundial. Con respecto al Programa de Medicina, se destacó la alta presencia de grupos clasificados en COLCIENCIAS, así como el permanente compromiso por motivar y financiar la investigación, el apoyo a las publicaciones, la creación de semilleros de investigación e incentivos para la investigación. Así mismo, se resaltó la importante labor de la presencia de la Red Hospitalaria Méderi y de la labor de coordinación del Centro de

Investigaciones en Ciencias de la Salud (CICS). Por lo anterior se planteó que el factor se cumplía plenamente (República de Colombia. Consejo Nacional de Acreditación, 2016: 25-26).

Con respecto a bienestar institucional, los pares consideraron que se cumplía plenamente en virtud de la existencia de un programa de acompañamiento que, entre otras cosas, promovía hábitos saludables de nutrición, actividad física y una mayor calidad de vida enmarcada en el concepto de salud integral. Además, la Universidad creó la dirección de estudiantes para apoyar el desarrollo de trayectorias integrales de aprendizaje. Sin embargo, se destacó que los discentes sugirieron la implementación de más actividades culturales (República de Colombia. Consejo Nacional de Acreditación, 2016: 26-27).

Sobre el factor de organización, administración y gestión, los pares consideraron que también se cumplía plenamente, rescatando la coherencia y pertinencia de los organismos de administración. Así como la creación de una nueva estructura organizacional que permitía responder a la dinámica necesaria para lograr procesos óptimos entre la EMCS y la Red Hospitalaria Méderi: jefaturas de las más importantes áreas del conocimiento que se comparten entre la Escuela y la Red. Se contaba además con un modelo de gestión curricular que monitorizaba en tiempo real la apropiación de los resultados de aprendizaje con intervenciones oportunas (República de Colombia. Consejo Nacional de Acreditación, 2016: 28-32).

Con respecto al noveno factor, egresados e impacto sobre el medio, se observó un interés marcado de la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud en volver a tener una vinculación activa con sus egresados y creó la Oficina de Relaciones con Egresados (ORE). Los pares afirmaron que los egresados del Programa de Medicina tenían un alto sentido de pertenencia a la Universidad del Rosario y siempre buscaban influir positivamente en la comunidad de la cual hacen parte (República de Colombia. Consejo Nacional de Acreditación, 2016: 32-33).

Finalmente, sobre el factor de recursos físicos y financieros, se afirmó, con respecto a las observaciones hechas en visitas anteriores que los recursos físicos habían incrementado en la sede Quinta de Mutis y en los hospitales vinculados mediante convenios, en espacios para aulas, laboratorios y áreas de docencia. Además, se afirmó que la asignación de recursos era suficiente

y transparente, aunque existían algunas fallas en la comunicación sobre estas (República de Colombia. Consejo Nacional de Acreditación, 2016: 33-34).

La acreditación fue otorgada por un periodo de ocho años, a través de la Resolución n.º 10821 del 25 de mayo de 2017, siendo la más larga obtenida hasta la fecha.

La Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud en el QS World University Rankings

Un acontecimiento significativo para la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud en la decanatura de Gustavo Quintero fue la clasificación de dicha Escuela en la versión 2017 del *QS World University Rankings by Subject*. Según informa el periódico rosarista *Nova et Vetera* el 12 de marzo de 2017, dicho *ranking*

[...] evalúa las disciplinas académicas de las universidades a nivel mundial, seis instituciones colombianas lograron posicionarse entre las 500 mejores del mundo. Este *ranking* realiza una medición que permite a los futuros estudiantes hacer comparaciones sobre las principales instituciones de educación superior basadas en cuatro aspectos: la reputación académica y de empleadores, las citaciones por paper y el índice H que integra la cantidad y la calidad de investigación [...]. De acuerdo con este estudio, la Universidad del Rosario se ubicó entre las mejores universidades del país, posicionándose con tres disciplinas académicas dentro de este importante *ranking*: Jurisprudencia, Economía y Medicina. Así mismo, estas tres disciplinas se posicionaron en el top 50 de Latinoamérica, reafirmando las fortalezas que ubicaron a la Universidad en el puesto 58 de la versión institucional del *ranking* de la región, en el año 2016¹⁴.

La Ley Estatutaria en Salud versus la Ley Ordinaria

Juan Manuel Santos continuó con el mismo modelo económico neoliberal iniciado desde César Gaviria y continuado y profundizado por Samper, Pastora y Uribe, incluyendo su correspondiente modelo de política sanitaria,

¹⁴ Universidad del Rosario, *Nova et Vetera*, 12 de marzo de 2017: <https://www.urosario.edu.co/Periodico-Nova-Et-Vetera/Actualidad-Rosarista/Ranking-QS/>

aunque reconociera que había que hacer algunos ajustes a la Ley 100 que venían pendientes desde el gobierno de Pastrana y que no se habían resuelto durante el de Uribe. Cuando inició las conversaciones de paz, en sus alocuciones en público dejó claramente establecido que el modelo económico del gobierno no estaba en discusión y, por lo tanto, no haría parte de los temas de la negociación. En este sentido, quedó tácito que el modelo de salud plasmado en el Sistema de Seguridad Social en Salud tampoco haría parte de la negociación.

No obstante, la situación de salud se había convertido en un tema crítico para la sociedad colombiana en las dos últimas décadas, porque dicho tópico estaba afectando la calidad de vida de los ciudadanos, la dignidad y, en casos más extremos, el derecho a la vida. Esto había puesto de presente la falta de garantías que ofrecían las normas para su atención, como lo planteaba Mayda Soraya Marín Galeano, Abogada y Socióloga de la Universidad de Antioquia, Magíster en derecho procesal y estudiante de Doctorado en Derecho Procesal Contemporáneo de la Universidad de Medellín, en un artículo publicado en 2011¹⁵ (Marín Galeano, 2011: 116).

Como se planteó atrás, cuando se habló de la Constitución de 1991, a partir de ese momento en Colombia se abrió, con un nuevo marco jurídico,

[...] un nuevo panorama nacional, lleno de nuevos retos en materia de conquistas ciudadanas, y en el cual, la salud, comienza a marcar sus contornos. En este orden de ideas, se redactan unos artículos que presentan la positivización de este derecho y a la vez muestran el camino de espinas para acceder a la salud, toda vez que se abren pasos a las tendencias neoliberales, privatización, apertura económica, optimización de los recursos, costos-beneficios y tratados internacionales en materia económica que ponen a la salud a la espera de una serie de reformas para acomodarse a las exigencias del mercado. (Marín Galeano, 2011: 116)

Colombia se comprometió, en la Constitución de 1991, con una fórmula que combinaba dos formas de Estado expresadas el artículo 1: “Colombia es

¹⁵ Publicación con fecha atrasada, pues el artículo fue aprobado para su publicación el 30 de marzo de 2012.

un Estado social de derecho”. Por un lado, un Estado de derecho, manteniendo el esquema de los Estados liberales burgueses posteriores a la Revolución Francesa que garantizaban los derechos individuales de los burgueses, no los de las demás clases sociales y, en este caso, “el derecho a comprar o recibir servicios de salud”. Recuérdesse que en el artículo 48 de dicha constitución se estableció que “la Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado [y que] [...] la Seguridad Social podrá ser prestada por entidades públicas o privadas, de conformidad con la ley”. Y, el artículo 49 dice que “Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud”. Fue desde esos artículos que se perfiló lo que se conoce en el mundo como el aseguramiento en salud, que no es otra cosa que el concepto de seguridad social y que enmarca el derecho a comprar o recibir servicios de salud; este es el reflejo de un espacio para el mercado de la atención en salud y de compra de medicamentos (Marín Galeano, 2011: 117). Pero, por otro lado, un Estado social, que permite a todos los ciudadanos, no solo a los burgueses, “reclamar sus derechos económicos sociales y culturales (DESC), de los cuales hace parte el derecho a la salud. Se trata pues de un Estado que ha evolucionado para preservar garantías sociales e intervenir en estas materias dada su trascendencia para la dignidad del hombre” (Marín Galeano, 2011: 118).

En ese marco, la Ley 100 de 1993 se presentó y se “vendió” como una propuesta equitativa, acorde con el Estado Social de derecho, porque los contribuyentes al Sistema de Salud subsidiarían a los que no tenían capacidad de comprar un seguro. Pero, por ahí derecho, se reguló la prestación de los servicios de salud por las empresas privadas, para favorecer al capital privado (Marín Galeano, 2011: 119).

Después de un tiempo, el ponente de la Ley 100 en el Senado, Álvaro Uribe Vélez, terminó siendo presidente de la República, y declarando el “estado de emergencia social”, por medio del Decreto 4975 de 2009, con el propósito de “aliviar problemas del financiamiento en salud”. Surgen, entonces, múltiples decretos sobre “autonomía médica y tribunales éticos, pago de procedimientos médicos con cesantías, actualización del POS, Comité para medicina especializada y de alta complejidad y a las no tuteladas para tratamientos médicos” (Marín Galeano, 2011: 119).

Pero tanto, la Ley 100, como el Decreto 4975, desataron movilizaciones populares en las que se hacía hincapié en que la Salud debería ser considerada como un derecho de todos, y pronosticaron el desaparecimiento de las entidades públicas como el ISS, Caprecom y Cajanal. Pero la Corte Constitucional legisló en contravía de la posición del gobierno y en busca de defender a los usuarios que intentaban defender sus derechos por medio de tutelas. Así, la Corte declaró que el Decreto 4875 de 2009 era inexecutable y que los demás que se emitieron con la emergencia social en salud también lo eran (Marín Galeano, 2011: 120).

El problema era que las instituciones financieras internacionales como el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional habían obligado a los Estados del “tercer mundo” a disminuir sus deudas externas por medio de la venta de sus activos. A estas se unió la entrega de los servicios públicos a los particulares. Por esto se reformó la salud, exigiéndole a los colombianos mayores pagos. Pero al intentar una mayor cobertura, esta exigía cada día más nuevos desembolsos, los cuales fueron disfrazados, de copagos y cuotas moderadoras que debían pagar los pacientes. Esto hacía cada día más costoso el sistema y menos eficiente. Sin embargo, el Estado tenía que seguir “contribuyendo a la salud por medio de retribuciones por la prestación de servicios ante las eventualidades y hechos fortuitos que el mismo sistema que se diseñó no podía cubrir y que los particulares no estaban dispuestos a pagar” (Marín Galeano, 2011: 121).

Sin embargo, la Sentencia T 760 2008 de la Corte Constitucional había dejado una orden de que el Legislativo definiera cual era el núcleo esencial del derecho a la salud. A partir de ahí se inició una serie de debates en el Congreso al respecto y el gobierno de Uribe presentó un proyecto para una Ley estatutaria en salud, que finalmente se cayó. No obstante, la situación de la salud se había continuado agravando desde finales del gobierno de Uribe y se había prolongado hasta el de Santos (Hernández Álvarez, 2020). La crisis del Sistema en 2012, durante el gobierno de este último, ya era evidente y las movilizaciones sociales y las críticas desde diferentes sectores sociales iban en aumento. Los diferentes grupos sociales, incluidos los profesionales de la salud, protestaban por la mala calidad de los servicios del Sistema General de Seguridad Social en Salud. El país se encontraba, pues, en el centro de un debate que enfrentaba a los ciudadanos “al dilema de la

salud como un mercado” (con todas las características que ello conllevaba, como la privatización, la libre competencia, los recursos y la eficiencia como principio) o “la salud como un derecho fundamental, sin importar ninguna condición de la persona y siendo de vital obligatoriedad para el Estado” (Marín Galeano, 2011: 116).

Los debates continuaron en el Congreso y un grupo de personas conformaron una Alianza para un Nuevo Modelo de Salud (ANSA). De esa forma, el país terminó en una encrucijada para reformar el Sistema de Salud, pues dos tipos de proyectos de ley fueron presentados a esta Corporación, desde diferentes sectores, y estaban compitiendo entre sí (Hernández Álvarez, 2020). Según José Fernando Tovar Valle,

proyectos de ley de contenido estatutario y ordinario comenzaron a presentarse en el Congreso, uno de ellos realizado por la Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008 y de Reforma Estructural al Sistema de Salud y Seguridad Social (CSR) y la Alianza Nacional por un Nuevo Modelo de Salud, quienes radicaron su proyecto de Ley Estatutaria en Salud. Este proyecto de ley estatutario contemplaba el derecho a la salud como un derecho fundamental¹⁶ y eliminaba la intermediación financiera¹⁷ mediante la eliminación de las EPS. (Tovar Valle, 2017: 61).

Durante este año se dieron múltiples debates al respecto de los proyectos, y la situación económica del país se presentaba como uno de los ejes conductores más importantes para tomar una decisión al respecto de la reforma de la salud. No obstante, para finales de año la aprobación de la reforma tributaria propuesta por el gobierno de Juan Manuel Santos Calderón implicó la reducción en los impuestos parafiscales de las empresas, lo que desembocó en la disminución de los aportes financieros para el sector salud. En consecuencia, el Ministerio de Salud y Protección Social justificó la necesidad de reformar el sistema de salud a través de una ley ordinaria que

¹⁶ La salud fue considerada como un derecho fundamental desde la Sentencia T-760 de 2008 emitida por la Corte Constitucional.

¹⁷ La intermediación financiera se refiere al manejo de los recursos económicos que ejercen las EPS en cuanto al pago a las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) por sus servicios con recursos públicos.

facilitara el manejo de los recursos y el ministro Alejandro Gaviria Uribe¹⁸ contempló la centralización del recaudo económico mediante la creación de un fondo único, además de replantear el funcionamiento de las EPS, sin eliminarlas (Tovar Valle, 2017: 64).

Con esto en mente, el ministro aseguró que llevaría a cabo dos reformas al sistema de salud, “una con calidad de estatutaria y la otra ordinaria [y que] consideraba discutir y desarrollar la ordinaria en marzo de 2013 y en el segundo semestre de ese año realizar el debate con la estatutaria. La estatutaria plantearía el rol del Estado frente a la protección del derecho a la salud y declarar la salud como derecho fundamental” (Tovar Valle, 2017: 65).

Como lo menciona Tovar, según el Ministerio de Salud y Protección Social, los cuatro problemas que impulsaron la reforma a la salud fueron: las barreras de acceso a los servicios de salud, el pago inoportuno a prestadores, el uso inadecuado de recursos y el replanteamiento del modelo de aseguramiento en regiones distantes. El presidente Santos, con respecto a la reforma, expresaba que “[...] después de muchos ires y venires, de mucha concertación, hemos radicado estos dos proyectos de ley, uno estatutario con 14 artículos, y otro proyecto de ley ordinario, con 67 artículos”¹⁹. Esos dos proyectos de ley los describió el ministro Gaviria como

[...] un proyecto de Ley Estatutaria (el 209), de iniciativa parlamentaria, que recoge un trabajo denodado de la comunidad médica, 14 artículos que plantean los objetivos fundamentales del sistema, este es el norte hacia donde queremos que vaya nuestro sistema, pero ese norte necesita una dirección y eso es lo que trata de hacer el Proyecto de Ley Ordinaria

¹⁸ Ingeniero con maestría en Economía de la Universidad de los Andes y Doctor en Economía de la Universidad de California. Al terminar su doctorado trabajó como investigador en el Banco Interamericano de Desarrollo. Al volver a Colombia, en el año 2000, se vinculó a Fedesarrollo y, al año siguiente pasó a ocupar la subdirección de ese tanque de pensamiento neoliberal. En 2002 pasó a trabajar en Planeación Nacional hasta el 2004, año en que estuvo vinculado a la Facultad de Economía de la Universidad de los Andes. En agosto de 2012 fue nombrado como ministro de Salud por el presidente Juan Manuel Santos (Universidad de los Andes, 28 de mayo de 2019).

¹⁹ El Espectador, 19 de marzo de 2013. El propio Santos radicó las dos leyes de reforma a la salud. Política. En: elespectador.com. 19 de marzo de 2013.

(el 210): mostrarnos el camino para lograr ese objetivo. (Tovar Valle, 2017: 66)

Después de un arduo proceso, el 20 de junio de 2013 se aprueba en el Congreso de la República el proyecto de ley estatutaria, por medio del cual se regula el derecho fundamental a la salud. No obstante, de todas las críticas que llegaron al proyecto aprobado de ley estatutaria, tal vez la que más tuvo resonancia fue la relación del derecho fundamental atado a la sostenibilidad financiera (Tovar Valle, 2017: 73-75).

Posteriormente, el 16 de octubre de 2013, gran parte del articulado del Proyecto de Ley Ordinaria 210 fue aprobado por mayoría en el Senado. La ley ordinaria pasó la prueba con 44 votos a favor y 13 en contra. Se aprobaron los principales cuatro puntos: Salud-Mía, Mi-Plan, Gestores de Servicios de Salud y Prestación de Servicios, lo que dio paso a numerosas movilizaciones y muestras de inconformidad (Tovar Valle, 2017: 83). Esto porque se entendía que este proyecto de ley ordinaria no reformaría la salud, sino que más bien, cambiaba denominaciones y mantenía los beneficios económicos que el sistema de salud planteaba a las compañías, pero también los obstáculos al acceso a la salud de las personas. Entre ellos, como lo mencionaba el senador Robledo, en una comunicación del 20 de marzo de 2013, “la reforma (proyecto de Ley 210) define la salud como un derecho de ‘orden público’ y no como un derecho fundamental, y es sabido que la tutela solo puede usarse para proteger los derechos fundamentales”²⁰.

Para 2014 el proyecto de ley ordinaria estaba congelado, aunque aún en la carrera y apoyado por el ministro Gaviria. Pero, mientras tanto, el 29 de mayo de 2014 la Corte Constitucional declaró exequible el Proyecto de Ley 209, que proponía la Ley Estatutaria en Salud. Al respecto, la Corte Constitucional fue clara en afirmar que “la exequibilidad es con condicionamientos al afirmar que ‘la salud es un derecho que no puede ser sometido para su efectividad a condicionamientos de tipo económico’” (Tovar Valle, 2017: 90). Y, finalmente, en junio de 2014 la Comisión Séptima de la Cámara

²⁰ Robledo, J. (2013). Reforma a la salud de Santos: ley 100 versión 2.0. Radio Macondo: <https://www.radiomacondo.fm/noticias-nacionales/reforma-a-la-salud-de-santos-ley-100-version-2-0/>

de Representantes hundió el Proyecto de Ley 210, respondiendo también a una importante presión de los gremios médicos del país y sus demandas hacia lo que debería ser la ley ordinaria (Tovar Valle, 2017: 91 y 131).

El 16 de febrero de 2015, el presidente Juan Manuel Santos firmó finalmente la Ley Estatutaria n.º 1751, “por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”.

Como lo mencionó Jaime Calderón,

[...] la Ley Estatutaria de Salud, recientemente sancionada por el presidente Santos, es a la vez un punto final y un punto de partida. Ningún agente ni usuario del sistema permanecerá con las mismas condiciones que tenía previas a la expedición de la ley que entró a regir a partir del pasado febrero 16, y que deroga a partir de esa fecha, todas las leyes y disposiciones que le sean contrarias, incluyendo las contenidas en la Ley 100 de 1993, en la 1122 y en la 1438.

Por ser ley estatutaria, es una prolongación de la Constitución, con el objetivo de garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección, responsabilizando al Estado del respeto, la protección y la garantía del derecho, teniendo en cuenta varios elementos y principios, entre ellos el de la progresividad, la libre elección, la adopción e interpretación más favorable de la norma y por supuesto la sostenibilidad. (Calderón, 2015: 51)

No obstante, y aunque esta Ley inició un proceso de contravía al neoliberalismo, esta sigue estando construida bajo el mismo esquema y aún no logra transformar de fondo el sistema de salud establecido por la Ley 100 de 1993. Como lo menciona Mauricio Torres-Tovar, “la Ley Estatutaria en Salud conceptualmente abre la posibilidad de renovar y ampliar la lucha por el derecho a la salud, pero esto demanda avanzar en una movilización social con capacidad política para incidir en la construcción de alternativas realmente distintas para la salud de la población colombiana”²¹.

²¹ Torres-Tovar, M., 23 de febrero de 2015. “Los alcances reales de la Ley Estatutaria en Salud”. Corporación Viva la Ciudadanía. Semana del 20 al 26 de Febrero, 2015.

Además, y como lo deja ver Mario Hernández, si bien la Ley Estatutaria entró en vigencia con la Resolución 330 del 14 de febrero del Ministerio de Salud y Protección Social, la materialización de la premisa de la salud como derecho fundamental está en duda “ya que la sentencia C-313 de 2014, que modula la Ley, indica no solo que esta se estaría incumpliendo, sino que además existiría una posible inconstitucionalidad de la normativa”. En efecto, “no se tiene claridad sobre la manera en que un sistema excluyente y en desequilibrio económico pueda aportar en la transformación de la salud en el país”. Lo que esto implica es que la sentencia, la jurisprudencia y la arquitectura institucional nacional contradicen, niegan u obstaculizan diferentes artículos de la Ley Estatutaria, haciendo que esta no entre en vigor de manera completa y derogando todas las disposiciones contrarias.

El llamado de Hernández en esta comunicación era que

sea el Congreso de la República la instancia que reorganice el sistema de salud de acuerdo con la Ley Estatutaria de Salud y la jurisprudencia constitucional de fondo, por medio de una ley ordinaria. Se trata de garantizar el derecho fundamental, autónomo e irrenunciable a la salud a partir de un gran pacto social y político nacional, frente a la construcción de una sociedad en paz²².

Este problema del derecho a la salud continúa aún pendiente de una salida digna para que pueda ser usufructuado de manera amplia y universal por la población colombiana.

Proyecciones del programa de Medicina en ASCOFAME

Comisión para la Transformación de la Educación Médica en Colombia

El Gobierno Nacional, a través de los Ministerios de Salud y Protección Social y de Educación Nacional, había convocado a un grupo de expertos

²² Hernández-Álvarez, M. (2017). Ley Estatutaria de Salud no se cumple. *Sala de Prensa, Facultad de Salud, Universidad del Valle*: <http://uvsalud.univalle.edu.co/comunicandosalud/wp-content/uploads/2017/03/19.03.17-Ley-Estatutaria-de-Salud-no-se-cumple1.pdf>.

denominado Comisión para la Transformación Médica en Colombia, cuyo “objetivo principal fue plantear propuestas de corto y mediano plazo con visión de futuro para resolver los problemas centrales de la educación médica en el país” (Comisión para la Transformación de la Educación Médica en Colombia & Quintero Hernández, 2017: 5). Como bien lo plantea el documento que resultó del trabajo de esta Comisión, “[...] en Colombia, a partir de la nueva definición del sistema de salud y los mandatos sobre integralidad planteados por la Ley Estatutaria de Salud, el Congreso de la República de Colombia aprobó el artículo 65 de la Ley del Plan de Desarrollo”, en el cual se solicitaba al Gobierno Nacional formular una política de atención integral en salud. Esta política, denominada PAIS, por sus iniciales, fue expedida mediante la Resolución 429 de 2016 y buscaba transformar los servicios a través de una atención centrada en el paciente, hecho que implicaba comenzar a migrar desde el esquema todavía hegemónico centrado en la atención hospitalaria, hacia uno enfocado en la atención primaria, de tal forma que más del 80 % de la capacidad resolutive del sistema se pudiera lograr con la intervención directa del médico general (Comisión para la Transformación de la Educación Médica en Colombia & Quintero Hernández, 2017: 5).

La Comisión nombrada por el gobierno sesionó entre el 5 de agosto de 2016 y el 18 de marzo de 2017, bajo la coordinación del presidente de la Academia Nacional de Medicina, Herman Esguerra Villamizar, internista, especializado en Oncología Clínica y en Gerencia en Salud, y con la secretaria técnica del decano Gustavo Quintero Hernández, quien actuaría a la postre como editor del documento final producto de esta Comisión y titulado “Recomendaciones para la Transformación de la Educación Médica en Colombia”. Dicho documento recogió las 104 recomendaciones emanadas del trabajo de la Comisión, relacionadas con las transformaciones del pregrado, del posgrado, del Desarrollo Profesional Permanente (DPP) y del hospital universitario. Estas recomendaciones deberían consolidarse como un derrotero para el cambio y la cualificación de la profesión médica durante los años siguientes (Comisión para la Transformación de la Educación Médica en Colombia & Quintero Hernández, 2017).

Tal como lo había diagnosticado ASCOFAME en su documento de posición, surgido de los debates llevados a cabo en la mesa de trabajo sobre educación médica durante la XXXI Asamblea General Extraordinaria,

realizada en Bogotá en 2015, el perfil de egreso de los médicos generales había cambiado sustancialmente durante los últimos veinte años. A pesar de no existir estudios representativos al respecto, era evidente que para ese entonces los médicos generales ingresaban al mercado laboral con menores competencias prácticas y capacidades resolutorias que antes. En ese documento de posición se hizo la observación de que el modelo institucional para la formación de los recursos humanos en Colombia tenía la particularidad de separar la regulación de la oferta educativa de la demanda de los servicios de salud, diferente a lo observado en otros países del continente americano, en los cuales la regulación se encontraba mucho más ligada a la del sector salud y era interdependiente (Quintero Hernández, 2019-2020). Como se afirma en el Documento de Recomendaciones,

este modelo regulatorio ha posibilitado que en el país la oferta educativa haya crecido desde siete programas de medicina hacia el final de los años setenta, hasta 55 en 2015. Esta expansión ha permitido el ingreso de un número importante de jóvenes a la educación superior, de manera que a partir de 2015 se estén graduando más de 5.000 médicos cada año, lo cual representa 4,2 veces el número de graduados en 1980. (Comisión para la Transformación de la Educación Médica en Colombia & Quintero Hernández, 2017: 9)

El documento resultado de esta Comisión fue presentado y entregado al público en un foro que llevaba el mismo nombre del documento y que se celebró en Bogotá el 30 de mayo de 2017, con la participación de representantes de los Ministerios, de las Facultades de Medicina y de los estudiantes de medicina de diferentes regiones.

No obstante, según comentaron Emilio Quevedo Vélez y María Camila Núñez Gómez, quienes asistieron a la reunión por invitación de la Universidad del Rosario, las recomendaciones plasmadas en este documento no fueron tenidas en cuenta por los Ministerios que organizaron la Comisión y el Foro. Esto se debió, tal vez, porque estas no coincidían con las expectativas que el gobierno tenía para un plan de transformación de la Educación Médica que se adecuara a los intereses originales de la fallida Ley Ordinaria de Salud, las cuales ya habían quedado finalmente plasmadas en el artículo

65 del Plan de Desarrollo, que pretendía poner en marcha una reforma en paralelo y en contravía de la Ley Estatutaria de Salud ya aprobada. A tal punto que después de haber conocido previamente el informe de ASCOFAME los ministros titulares no se hicieron presentes en el Foro y enviaron como delegados a funcionarios de segundo rango que traían documentos más centrados en sus intereses que en el informe mismo propuesto por la Comisión (Quevedo V., 2020).

Consenso de Montería

Ante tal situación y buscando una vía de salida para poner en marcha las recomendaciones propuestas por la Comisión, ASCOFAME convocó a una reunión de consenso que se llevó a cabo en la ciudad de Montería, entre el 1.º y el 3 de noviembre de 2017, por invitación del decano de la Universidad del Sinú, Álvaro Bustos. El objetivo era debatir las 104 recomendaciones y mirar su aplicabilidad desde la autonomía universitaria, es decir, cómo poner en marcha aquellas que no requerían de la intervención estatal para su implementación, teniendo en cuenta las modificaciones que los decanos de las 43 facultades de Medicina pertenecientes a ASCOFAME en ese momento tuvieran a bien acordar, por consenso.

De ese foro surgieron las siguientes recomendaciones:

- La constitución del Consejo General de Educación Médica (CGEM) compuesto por los decanos de las facultades de Medicina miembros de ASCOFAME y algunos invitados especiales, que tenga un Comité Ejecutivo y tres salas de trabajo permanentes: la de Pregrado, la de Posgrado y la de Desarrollo Profesional Permanente (DPP); y otras de carácter temporal, según las necesidades.
- El desarrollo de unos lineamientos curriculares para el pregrado que incluyan,

entre otros: a) Un perfil de ingreso para el pregrado de medicina; b) La exposición clínica y comunitaria temprana de los estudiantes fundamentada en la Atención Primaria Renovada (APR); c) Un currículo nuclear basado en competencias, contenidos y procedimientos mínimos; d) La integración de los aprendizajes básicos, biomédicos, clínicos, socio

humanísticas y de salud pública con las competencias científicas, profesionales, prácticas, de pensamiento crítico y de civilidad; y e) Definir unas opciones de salida como coterminales. Lineamientos que deberán ser desarrollados por la Sala de Pregrado del CGEM.

- La continuación del trabajo para depurar las denominaciones de las especialidades médico-quirúrgicas y para conceptualizar la formación avanzada o *fellows* en los cuales puedan caber las segundas y terceras especialidades, así como en el delineamiento de un currículo nuclear de posgrado que incluya un perfil de ingreso para cada especialidad, unas competencias genéricas, la delegación progresiva de responsabilidades supervisadas, los diferentes roles que tiene el residente (educativo, investigativo, asistencial y administrativo) y unas opciones de salida hacia otros niveles de formación.
- Fomentar la creación y difusión de programas de especialización en medicina familiar.
- Definir y tramitar un Estatuto del Residente que contemple, entre otros, la siguientes condiciones:

a) La consideración del residente como la de un estudiante en entrenamiento; b) Crear un observatorio de las condiciones de la Educación Médica en Colombia para toma de decisiones sobre especialización; c) Facilitar las herramientas para desarrollo personal de los residentes; d) Incentivar económicamente las actividades del residente; e) Hacer un análisis de costos de la formación del residente en Colombia; f) Proponer un sistema de financiación para el pago al residente y matrícula del mismo, en su condición de becario por ser estudiante en entrenamiento; g) Revisar el sistema de admisión a las residencias en el país; h) Comisionar el desarrollo del estatuto del residente a la Sala de Posgrados del CGEM.

- Procurar por la implementación de un sistema de certificación y recertificación médica, en conjunto con las sociedades científicas, y otros actores pertinentes, considerando las necesidades del médico general, que contemple, además, los requerimientos de certificación en docencia de los médicos que se ocupen de ella, y soportado en

desarrollos virtuales, que puedan ser elaborados por ASCOFAME y sus facultades asociadas como generadores de contenido, todo esto a través de la Sala de Desarrollo Profesional Permanente del CGEM.

- Finalmente, propender para que la validación del sistema de certificación y recertificación, y la evaluación del desarrollo profesional permanente, se haga a través de ASCOFAME. (Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, 2017)

Consejo General de Educación Médica (CGEM)

Después del Consenso de Montería, el Consejo General de Educación Médica (CGEM) se constituyó formalmente el 17 de diciembre de 2017, con la presencia del ministro de Salud y Protección Social de la época, Alejandro Gaviria Uribe, y de la viceministra de Educación Superior del Ministerio de Educación Nacional, Natalia Ruiz Rodgers. El Consejo quedó constituido tal como se había planeado y se instalaron las tres salas programadas: la de Pregrado, presidida por el decano Quintero; la de Posgrado, presidida por el decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, Carlos Palacio; y la de DPP presidida por el decano de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma de Bucaramanga (UNAB), Juan José Rey.

Como resultado de todas estas gestiones, el decano Quintero fue reelegido por consenso como presidente de la Junta Directiva en el marco de la quincuagésima novena Asamblea General de ASCOFAME, el 22 de marzo de 2018.

Creación del Comité de Ética en Investigación de la Universidad del Rosario (CEI-UR)

En julio de 2018, el rector José Manuel Restrepo creó el Comité de Ética en Investigación de la Universidad del Rosario (CEI-UR) que vino a reemplazar al antiguo Comité de Ética de la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, el cual quedó integrado a esta estructura. Siguiendo las directrices del Decreto Rectoral 1540, “Por el cual se acogen las políticas de funcionamiento del Comité de Ética en Investigación de la Universidad del Rosario –CEI-UR”, se constituyó este organismo, adscrito a la Vicerrectoría, como un

organismo asesor, plural y multidisciplinar, que actúa con independencia y autonomía en sus conceptos y decisiones y cuya responsabilidad es velar y garantizar el cumplimiento de los aspectos éticos de la investigación que se desarrolla en las diferentes unidades académicas de la Universidad del Rosario o aquellos que sean sometidos a su consideración. (Dirección de Investigación e Innovación, 2018: 1)

El Comité estaría constituido por dos salas, una Sala de Ciencias Sociales y Humanas y una Sala de Ciencias de la Vida, en reemplazo del anterior Comité de Ética de la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud. Cada sala estaría conformada por un número mínimo de nueve miembros, entre los cuales se incluirían el presidente y un secretario técnico. Por medio de un riguroso proceso de selección, se aseguraba que todos los miembros tuvieran idoneidad y experiencia para revisar y evaluar los aspectos científicos, éticos y jurídicos de los proyectos de investigación propuestos y todos tienen voz y voto (Dirección de Investigación e Innovación, 2018: 8-10). Para el momento de su formación, Ricardo Alvarado fue nombrado como presidente de la Sala de Ciencias de la Vida (Alvarado, 2020).

Segunda decanatura de Gustavo Quintero Hernández

Ante el nombramiento de José Manuel Restrepo Abondano como ministro de Comercio, Industria y Turismo, del gabinete del presidente Iván Duque, el 25 de octubre de 2018 a las 6:00 p.m. fue nombrado como rector José Alejandro Cheyne García. El nuevo rector era economista rosarista, especialista en docencia universitaria y administración de empresas, magíster y doctor en pedagogía y exrector de la Fundación Universitaria Empresarial de la Cámara de Comercio de Bogotá (Uniempresarial)²³.

En su discurso de posesión remarcaba que su larga experiencia docente de 25 años, que en buena medida había sido en el Rosario, le había

²³ *El Tiempo*. 2 de octubre de 2018. ¿Quién es Alejandro Cheyne, nuevo rector de la U. del Rosario? Periódico *El Tiempo*. 2 de octubre de 2018. <https://www.eltiempo.com/vida/educacion/este-es-el-perfil-de-alejandro-cheyne-nuevo-rector-de-la-universidad-del-rosario-275902>

enseñado tres cosas: la primera era que “la formación Rosarista transforma positivamente. Somos optimistas y orgullosos de nuestros resultados”; la segunda era que “la educación en la Universidad del Rosario, al igual que el arte, permite formar jóvenes integrales y semióticamente fuertes”; y, finalmente, la tercera, que “los verdaderos protagonistas en la educación son los estudiantes”. También formulaba la política que iba a ser bandera de su rectoría, la “Ruta 2025”, que postuló como respuesta a las megatendencias que la educación y la Universidad deberían enfrentar en el período 2018-2025 (Cheyne García, 2018).

Una vez nombrado, el nuevo rector reconfirmó a Gustavo Quintero Hernández en su cargo como decano de la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, para el siguiente período. De esta manera, Quintero pudo continuar su trabajo de reestructuración de la Escuela²⁴ y de la proyección de esta hacia el país, a través de ASCOFAME.

En esta segunda decanatura, los engranajes de la EMCS vuelven a rotar y el Decano configura un equipo de trabajo renovado, a partir de diciembre de 2018. Martha Negrete pasa a la Dirección de Posgrados y John Alexander Vergel Guerrero, médico de la UIS y especialista en Medicina Forense de la Universidad Nacional, Magíster en Educación del CIFE, en la Universidad de los Andes y doctor en Educación de la misma institución, llegó a ocupar el cargo de director del Programa de Medicina, dejando la dirección del CECS. La profesora Ana Isabel Gómez manifestó su interés en volver a dedicarse a la docencia y a la investigación, pues llevaba muchos años desempeñando cargos administrativos. Como consecuencia, el profesor Andrés Isaza Restrepo entra a fungir como nuevo vicedecano académico.

La Ruta 2025

La rectoría de Alejandro Cheyne comenzó con su posesión el 18 de diciembre de 2018. El plan estratégico de la Universidad fue revisado en los primeros

²⁴ Para ese momento, el decano Quintero ya venía ideando una reforma de la EMCS, para dividirla en dos vicedecanaturas, una Académica y otra de Investigación y Consultorías, y poner bajo su mando varios ecosistemas académicos e investigativos. Dicha reestructuración se puso en marcha en octubre de 2018, pero ese tema ya se sale de nuestro período de estudio y su descripción y valuación les quedarán pendientes a los historiadores que vengan detrás de nosotros.

seis meses de su gestión a través de lo que se ha denominado la Ruta 2025 como un punto de llegada para esta nueva visión estratégica. Esta ruta se corresponde con diferentes avances de la Universidad, tales como la acreditación institucional de alta calidad de 2005, la primera renovación de 2011, y la segunda renovación en 2019, por ocho años más; la recomendación de la creación de escuelas doctorales de 2007, y la acreditación internacional (europea) de la Universidad por EQAA, en 2018 (Quintero Hernández, 2019-2020).

Para empezar el ejercicio estratégico hacia la meta del año 2025, se escuchó la voz de la comunidad académica compuesta por estudiantes de pregrado, posgrado y de programas de extensión, estudiantes de educación continua, egresados, profesores de carrera y de cátedra, grupos externos de referencia, colaboradores y administrativos, aliados estratégicos, directivos, decanos, colegiales y consiliarios. En total, 13 grupos de interés con más de 9.000 respuestas a una encuesta abierta de cuatro preguntas, tales como cuáles son sus sueños, qué debemos mejorar, qué debemos mantener y el perfil de nuestros egresados. Se recopilaron más de 28.000 registros y la información fue depurada para identificar tendencias a través de nubes de palabras de las cuales se construyeron los *insights*. De allí salieron seis megatendencias de desarrollo, a saber: innovación, regionalización, internacionalización, visibilidad y reputación, sostenibilidad y hábitat, y excelencia académica (Quintero Hernández, 2019-2020).

La Ruta 2025, revolución digital, tiene a su vez seis sueños: ser una universidad referente en América Latina por su oferta académica e investigación de excelencia, creativa que transforma ideas en innovaciones al servicio del ser humano y del bien común, con reconocimiento global por su trayectoria y compromiso en la construcción y desarrollo del país construyendo con las regiones, desde una perspectiva internacional e intercultural, que forme líderes para el país y para el mundo, y sostenible, que facilite experiencias transformadoras para su comunidad (Quintero Hernández, 2019-2020).

Del ejercicio estratégico salieron además once macro-proyectos URTech para crear un Hub intelectual que permita la integración de disciplinas y se presente al sector externo como la mezcla de tres tipos de pensamiento, creativo, científico y aplicado; URPaís, para generar un ecosistema entre la Universidad y la región orientado al crecimiento y construcción de país; UREmprende, para consolidar el emprendimiento como una apuesta

institucional en la que convergen las diferentes disciplinas, áreas, Escuelas y Facultades de la Universidad del Rosario, para el fortalecimiento de una cultura innovadora que promueva, apoye y facilite el emprendimiento; URGlobal, para ampliar la huella global del Rosario a través de alianzas estratégicas y transformacionales, lograr un impacto transfronterizo de la investigación en colaboración internacional y brindar oportunidades de aprendizaje global para todos sus estudiantes con el objetivo final de garantizar la excelencia académica institucional; URDigital, para crear nuevos productos y servicios académicos digitales innovadores que permitan a los estudiantes actuales y futuros la posibilidad de personalizar sus experiencias educativas donde estén en el mundo; URDíálogos, para consolidar un centro de diálogo nacional donde confluyan todos los actores de la sociedad, con el fin de identificar temas, debatir posturas y proponer acciones que pacten el desarrollo del país; URLabs, para mejorar la calidad, el impacto y la pertinencia del aprendizaje en alianza y conexión con el país real; URUCí, para crear mallas compartidas e interdisciplinarias entre Escuelas y Facultades de la Universidad para maximizar recursos y crear programas nuevos con mínima inversión; URConnection, +URvalue, para generar un modelo de relacionamiento de audiencias y mensajes institucionales que permitan la conexión entre la comunidad, para cumplir sus propósitos misionales, además de fortalecer y consolidar la reputación institucional a través del relacionamiento estratégico de la universidad del Rosario; UREquidad, para crear y posicionar el Hub UREquidad como un referente de pensamiento y promoción de iniciativas enfocadas al desarrollo inclusivo y cierre de brechas; y, finalmente, URResearch and Innovation para desarrollar una nueva fase de expansión y valorización de la investigación en la Universidad, para convertirnos en una universidad líder en una investigación integral, abierta y colaborativa, al servicio del bien público (Quintero Hernández, 2019-2020).

A partir de abril de 2018 cada Facultad o Escuela hizo el trabajo para definir sus propios pilares e iniciativas de forma tal que pudieran apuntalar el desarrollo del plan estratégico de la Universidad. La Escuela conformó un grupo de directivos presidido por el decano Quintero para analizar diferentes documentos (13), como insumos para su trabajo; luego se desarrolló un trabajo interno a través de grupos focales para establecer un diagnóstico situacional; de esos grupos salieron cerca de 55 caracterizaciones que fueron

posteriormente agrupadas; la Escuela se referenció con siete instituciones nacionales y 17 internacionales de forma tal que se pudieran establecer brechas y oportunidades; con base en estos elementos, estableció su sello de Escuela, que quedó así:

La EMCS formará a sus estudiantes con la integralidad necesaria para ejercer acciones sobre los determinantes que inciden en el mantenimiento y restablecimiento de la salud. Capaces de reconocer la confluencia de numerosas causas y factores moduladores de la salud de forma tal que pueda colaborar en su promoción y la prevención de la enfermedad, replantear aspectos sobre los modelos político-económicos y generar estrategias y soluciones innovadoras de vida comunitaria saludables; de comprender y respetar los diferentes contextos culturales que les permita la interacción constructiva, la transnacionalidad y la adaptación a los cambios socio-demográficos, económicos, culturales y de los avances tecnológicos que inciden en las necesidades de salud con un abordaje interdisciplinar.

De las caracterizaciones agrupadas, se desprendieron entonces seis pilares para el trabajo estratégico de la Ruta 2025 de la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud:

- Internacionalización y regionalización
- Investigación traslacional
- Prácticas formativas
- Educación transformativa
- Docentes y estudiantes
- Evaluación

Y algunas iniciativas para el 2020, y siguientes, que se cruzaron con los pilares como, por ejemplo, la acreditación internacional del Programa de Medicina, una necesidad por legislación del Educational Commission for Foreign Medical Graduates (ECFMG), de los Estados Unidos, por la cual ningún egresado de programas no acreditados internacionalmente por un agente autorizado de la World Federation of Medical Education (WFME)

podrá entrar a especializarse en los Estados Unidos a partir del 1.º de enero de 2023 (pilar internacionalización y regionalización); la atracción y retención de estudiantes, iniciativa del pilar docentes y estudiantes; Méderi como organización de conocimiento del pilar investigación traslacional; Enseñanza Fundamentada en Integración Niveles de Atención para 2021, del pilar prácticas formativas; revisión pedagógica de los pregrados del pilar educación transformativa; integración interdisciplinar de la escuela del pilar docentes y estudiantes; creación de un sistema de evaluación del estudiante que permita educar para cooperar y ser solidarios los unos con los otros y acabar con la educación competitiva que solo crea personas capaces de hacer cualquier cosa por una nota, pues en nuestro sistema educativo es un fracaso que los estudiantes estudien para aprobar y no para aprender. Entre otras iniciativas (Quintero Hernández, 2019-2020).

La descripción y metas de las iniciativas planteadas versus los pilares se constituyeron en el mapa de gestión planificada de la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad del Rosario para la Ruta 2025 (Quintero Hernández, 2019-2020). Al momento de cierre de este libro, se encontraba en fase de despliegue a toda la Escuela a través de la creación de expectativas, sensibilización y apropiación de la estrategia; un derrotero para la tercera década del presente siglo.

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)

Desde 2018, ASCOFAME decidió liderar la transformación de los médicos generales para poder implementar el Modelo Integrado de Atención en Salud (MIAS) del Gobierno Nacional, el cual no era practicable si no se tenía el talento humano preparado para ponerlo en marcha. La Asociación entendió que ese propósito requería de cuatro estrategias, a saber: 1) cambiar el plan de estudios de medicina en Colombia e iniciar la tarea proponiendo las modificaciones necesarias a través de las recomendaciones de la sala de pregrado del CGEM; 2) introduciendo cambios en el diseño del internado rotatorio para incluir la atención primaria en este; 3) tratando de que el año

rural se correspondiera más con las necesidades del país y pudiera, junto al año de internado, involucrarse en la formación de más médicos familiaristas para suplir así la necesidad de 4.000 de ellos en la atención en salud en Colombia; y, finalmente, en la forma más efectiva de todas, capacitando en atención primaria a los 70.000 médicos generales que hay en el país, para lo cual se realizó un convenio con el Royal College of General Practitioners (RCGP) del Reino Unido para ofrecer un curso virtual en prevención y promoción de la salud, apoyado en la inmensa experiencia mundial del RCGP en este tema, de forma tal que se pudiera utilizar en la preparación de médicos generales para la aplicación del modelo (Quintero Hernández, 2019-2020).

Congreso Mundial de Educación Médica ASCOFAME sesenta años

ASCOFAME, para la celebración de su sexagésimo aniversario convocó, en 2018, a un congreso mundial de educación médica en Cartagena, donde se debatieron y delinearon las rutas por seguir para los cambios que esta disciplina requería en el país y quedó, una vez más, inserta dentro del panorama nacional e internacional.

El evento se llevó a cabo del 23 al 26 de marzo de 2019 y participaron cerca de 800 personas. Hubo 20 conferencistas internacionales y 37 nacionales y contó con la presencia de asistentes de 54 países. En su discurso inaugural, el decano Quintero, presidente de la Junta Directiva de ASCOFAME, rindió tributo de admiración y reconocimiento a los siete visionarios que el 18 de marzo de 1959 crearon esta Asociación: los decanos, Alfonso Aguirre Ceballos, de la Universidad de Antioquia; Ernesto Gutiérrez Arango, de la Universidad de Caldas; Henrique de la Vega, de la Universidad de Cartagena; Gustavo Fernández, de la Universidad del Cauca; José Antonio Jácome Valderrama, de la Universidad Javeriana; Raúl Paredes Manrique, de la Universidad Nacional; y Gabriel Velásquez Palau, de la Universidad del Valle y primer presidente de ASCOFAME. Así mismo, resaltó el recorrido de la Asociación en la historia de la educación médica en Colombia.

En este congreso se socializaron, ante la comunidad médica mundial, el resultado del trabajo de las tres salas de trabajo del CGEM, y giró en torno a tres líneas temáticas, a saber: 1) educación centrada en el estudiante y equipos de trabajo interprofesional; 2) cómo se entiende la calidad en educación médica en este siglo; y 3) humanismo y profesionalismo en educación médica.

La Escuela modifica sus relaciones con la FIDIC

Durante la rectoría de José Alejandro Cheyne García y la segunda decanatura de Gustavo Quintero Hernández, se modificó el convenio con la FIDIC. De común acuerdo, se decidió cambiar la modalidad de interacción entre estas instituciones. Se suspendieron los aportes económicos anuales a la FIDIC, la cual se comprometió a seguir recibiendo alumnos del Doctorado de Ciencias Biomédicas de la Universidad; y se fortaleció la investigación dentro de la Escuela, creando un instituto de investigación propio en el campo. Así, en marzo de 2019, se creó el Centro de Investigación Básica en Biología Molecular e Inmunología en la Escuela, el cual incluía la existencia de un grupo de investigación que tiene el mismo nombre, ambos bajo la dirección de Manuel Alfonso Patarroyo (Patarroyo Gutierrez, 2020: 8). Al cierre de este libro, este centro de investigación está en proceso de estructuración.

Graduación de la primera promoción del nuevo currículo de Medicina

Desde el segundo semestre de 2013, una vez instaurado el nuevo plan de estudios resultado del proceso de reforma curricular, el Programa de Medicina de la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud fue recibiendo en su seno sendas cohortes semestrales de, en promedio, 140 estudiantes cada una. El acto más significativo, que cierra esta historia, fue la graduación de la primera cohorte de esos estudiantes que cursaron la carrera de Medicina bajo el Nuevo Currículo.

Este acto de graduación se realizó el 14 de junio de 2019, en el Aula Máxima de la Universidad del Rosario, en cuatro ceremonias sucesivas, debido al alto número de graduandos. En esta ceremonia histórica, además de los estudiantes que recibirían su grado y sus familiares, hicieron presencia algunas de las altas directivas de la Universidad, las de la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, las de los hospitales universitarios con convenio de exclusividad con la Escuela y un buen número de los funcionarios administrativos y de los profesores que participaron tanto en el diseño como en la ejecución y en la enseñanza directa del nuevo currículo.

Estas cuatro ceremonias fueron presididas por el decano Gustavo Quintero Hernández y se llevaron a cabo a las 10:00 a. m., 11:30 a. m., 2:00 p. m. y 3:30 p. m. En las primeras tres, el orador invitado fue el propio decano

y, en la última, fue el vicedecano académico, Andrés Isaza Restrepo. Esta distribución se debió a que en la última sesión la mayoría de los estudiantes que se graduaron fueron aquellos que ya estaban matriculados en la Escuela y que decidieron no formarse en el nuevo currículo, sino continuar en el antiguo pensum académico ya que llevaban adelantado un buen trayecto de su carrera y acogerse al nuevo currículo les implicaría devolverse al segundo semestre, puesto que a partir de ese nivel los dos currículos eran totalmente diferentes. Por esta razón, este grupo de estudiantes solicitó que el orador invitado fuera Andrés Isaza Restrepo, por considerarlo el profesor más destacado durante toda su carrera.

Las palabras del decano, Gustavo Quintero Hernández, orador invitado en las primeras tres ceremonias, fueron las siguientes²⁵:

No es usual que el orador invitado en una ceremonia de grado sea el Decano de la Facultad o Escuela de los graduados; generalmente es alguien de afuera que trae un discurso externo para conmemorar la ocasión. Esta vez será diferente, por lo cual agradezco infinitamente que me hayan permitido romper el protocolo y hablar desde este podio bajo esta condición.

Quince años han pasado desde que otros empezaron la planeación y fundamentaron el desarrollo de una reforma curricular del Programa de Medicina a la que me uní en el año 2008 como su coordinador y que de alguna manera culmina hoy una de sus etapas más anheladas con este acto de graduación.

En estos días, y a propósito de la significancia que le hemos querido imprimir a este hecho, he oído hablar mucho de currículos nuevos y viejos. Eso realmente no existe. Nadie lo recuerda a uno por el currículo de dónde proceda sino por su forma de ser. De hecho, yo pertenezco al

²⁵ Aquí se transcribe este discurso en su totalidad, pues los autores consideramos que recoge e integra todo el sentido y el proceso de la construcción y puesta en marcha del nuevo currículo y su importancia para el futuro de la medicina en el país, como ya se estaba comenzando a ver en la actitud consensuada de todos los decanos que conforman ASCOFAME de acercarse a estos planteamientos y proponerlos como columna vertebral para una reforma curricular en todas las facultades de Medicina del país.

mal llamado viejo currículo de 1965 que hoy gradúa, muy honrosamente también, a varios distinguidos estudiantes de esta Universidad.

Lo que sí es cierto es que los currículos de Medicina del Rosario han marcado la historia de la medicina colombiana y, en cualquiera de sus etapas o cualquiera de ellos, han producido médicos de grata recordación para el país por su conocimiento y sus habilidades, pero sobre todo por eso, que mencionaba yo antes, su forma de ser.

Para empezar, diría yo que son tres las contribuciones curriculares del Rosario que han cambiado la forma como se enseña y se aprende medicina en este país: la de Mutis en 1802, creador del primer currículo de Medicina de esta Nación, el cual fue instaurado por Santander como el plan de estudios oficial en los albores de la República, en 1826. La de Guillermo Fergusson, Arturo Aparicio y otros, al reabrir el Programa de Medicina del Rosario en 1965, cuando diseñaron un currículo revolucionario que no solo acortó la carrera de siete a cinco años más el internado, introdujo el socio-humanismo y las artes a la enseñanza de la medicina, la exposición comunitaria y hospitalaria temprana y tantas otras cosas que les valieron estar por fuera del redil académico nacional, durante sus primeros cinco años y que termina también hoy, como tal; y la de ahora cuyo diseño y desarrollo empieza en 2004, por recomendación de los pares académicos que nos visitaron para la segunda reacreditación del programa, y recomendaron reformar el currículo con el cual aprendimos la mayoría de los más viejos aquí presentes en esta Aula Máxima hoy, retomando, como debe ser, todo lo bueno del anterior.

Reformar un currículo de semejante tradición no fue tarea fácil. El rector Knudsen, un convencido de la necesidad de introducir los cambios sugeridos por la Acreditación, conformó para ese entonces una comisión presidida por el señor Presidente de la Academia Nacional de Medicina de Colombia, el doctor Juan Mendoza Vega (q. e. p. d), que culminó en un análisis juicioso de la situación de la medicina y de la educación médica en el mundo para ese momento y los años porvenir. Tuve el privilegio, desde 2008, de unirme a ese grupo compuesto por los Drs. Ana Isabel Gómez, Catalina Latorre, Andrés Isaza, y Emilio Quevedo, bajo la decanatura de Leonardo Palacios, y dirigir, desde entonces, el

proyecto de la reforma curricular de Medicina durante los cinco años que duró su desarrollo y estos últimos seis años de su implementación, gracias al llamado del, en ese entonces, vicerrector José Manuel Restrepo, gran impulsor de esta reforma y también de sus sucesores en el cargo, los vicerrectores Nora Pabón (q. e. p. d.) y Alejandro Venegas, a quienes quisiera reconocer en esta fecha como fundamentales para lograrlo.

En esa condición, el 30 de julio de 2013 les hablaba a ustedes, en la primera ceremonia de batas blancas del nuevo currículo de Medicina, sobre “el Hipócrates del siglo XXI”, cuya búsqueda sigue en pie. Hoy tengo el privilegio de hacerlo como Decano de la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, y ya no me dirijo a un grupo de estudiantes que empezaban sus estudios de Medicina en la más prestigiosa y tradicional escuela médica de Colombia, sino a mis colegas, ya graduados en ella, como yo, y dispuestos a servir con su conocimiento y habilidades donde quiera que les corresponda hacerlo.

Ha pasado mucho tiempo desde aquella tarde de martes en que los acogimos y también muchos cambios se han suscitado en ustedes. Por supuesto, ya no son los niños que recibimos, se les nota en sus rostros y hoy, también, en su cambio de estatus, en el compromiso que acaban de jurar y que, estoy seguro, cumplirán a cabalidad. Ser rosarista conlleva una gran responsabilidad que todos hemos asumido desde 1673, cuando se graduó el primer médico de esta nación, aquí, donde ustedes lo hacen hoy.

En lo personal, yo diría que hoy también me estoy graduando por segunda vez de médico, pues debo confesarles que he hecho la carrera con ustedes y la he vivido doblemente, desde el rol de estudiante con expectativas y de director de la reforma con responsabilidades.

Sentiré un gran alivio al verlos salir por la puerta de la Calle 12 C, antigua calle 14, porque sé que ustedes son la primera generación de médicos preparados en este país para hacer grandes transformaciones en el sistema de salud, para servir a los individuos y a las comunidades desde el foco de la Atención Primaria, para ser verdaderos médicos generales, para rescatar lo que eso significa, para entender que la salud no es un estado y obrar en consecuencia sirviéndola como un proceso donde lo biológico es subsidiario de lo social e histórico y, en consecuencia,

privilegiando lo socio-humanístico, que es el reclamo de la comunidad y el olvido de quienes practican la medicina. Siendo capaces de entender que esta es una ciencia incierta y que, como tal, requiere, para beneficiar al que sufre, del trabajo mancomunado con otras profesiones, en una labor en equipo inter e intraprofesional donde se respete el disenso, se privilegie el diálogo interdisciplinar, la buena comunicación, el respeto por la diferencia y el manejo de la incertidumbre y el caos. Sé también que practicarán con profesionalismo basado en ética y con valores que de aquí se llevan, y los distinguirán como ha sido a lo largo de nuestra historia.

Y es que la historia no nos deja otra opción que seguir siendo protagonistas de ella. Ahora, cuando todas las escuelas médicas de Colombia reclaman una verdadera transformación curricular para que la educación médica sea pertinente con las necesidades de la sociedad, salen ustedes, con años de ventaja sobre los que hasta ahora empiezan a pensarlo, a mostrarle al país cómo es que esto se hace. ¡Tremenda responsabilidad que estoy seguro sabrán cumplir!

Afuera hay un mundo de oportunidades. No se dejen desilusionar por los quejosos que siempre ven caos y desencantos en las oportunidades. Hay un país vivo y un mundo vivo que como tal fluctúa entre momentos de ilusión y otros de desesperanza, pero cuando se puede hacer el bien por el que sufre, siempre predomina la ilusión.

Qué fascinante lo que viene para ustedes. Al ser unos buenos médicos generales, como estoy seguro que lo son, podrán curar o aliviar la gran mayoría de necesidades de la población y con ello evitarán el peregrinaje del que sufre por el sistema.

Con la sensibilidad del “demasiado socio-humanismo”, del cual algunos se quejaron, consolarán siempre y ese es el fin de la medicina y lo que nos irá quedando en la medida que la biotecnología como tal vaya absorbiendo en los años porvenir nuestra capacidad de curar o aliviar.

Con el “exceso” de atención primaria que recibieron, estarán en el centro de las necesidades del sistema. Pero hay más. Se han expuesto a las Enfermedades Crónicas no Transmisibles y al efecto devastador que las mismas tiene sobre el ser humano y sobre el sistema de salud. Sé que

son conscientes de la importancia de los estilos de vida saludables, la alimentación, el ejercicio, como recomendación individual y colectiva para su control, pero sé también que son capaces de intervenir en la política pública para lograr mejores resultados en esos indicadores de control. El liderazgo aprendido tendrá que ser practicado para introducir cambios transformadores en estos hábitos malsanos.

La exposición a la tecnología y a la investigación les habrá dejado un claro mensaje de su utilidad, pero también de su buen uso y de la necesidad de su racionalización, sobre todo en sistemas de salud como el nuestro, en los cuales esta es un derecho fundamental sin límites que requiere de equilibrios y una autonomía responsable para no gastar en pocos, el patrimonio de todos.

Habrán aprendido algo que para nosotros es claro, que la formación en ciencias, a través de la investigación, es y será el hilo conductor de los procesos educativos de cara al futuro desafiante por la incursión de nuevas tecnologías y campos de estudio. Porque provee todos los elementos que se requieren para aprender: como el preguntarse y responderse, la formación en valores y principios éticos, la buena comunicación y el trabajo en equipo, la resiliencia, y el manejo de la incertidumbre, además del autoaprendizaje y el rigor del método científico. Es en la investigación donde está la clave de la buena educación en salud y en el favorecimiento de los grupos de investigación hacia esa tendencia. La producción científica bajo esa mirada se vuelve esencial y más aún, si, como en nuestro caso, esta tiene el claro propósito de impactar al individuo y a la sociedad a través de lo traslacional. ¿Para qué se educa si no es para incidir en el bienestar de las personas? Y, hoy en día, ¿para qué se investiga si no es para lo mismo? La tendencia de producir publicaciones *per se* va cambiando por la de impactar positivamente a la comunidad. Cuando uno ha decidido el camino de los aprendizajes, no el de la enseñanza, como lo hemos hecho acá, nada es mejor para aprender que la investigación y aquí, la educación basada en la investigación traslacional se vuelve el nuevo paradigma a seguir, y ustedes han estado expuestos a él.

Les tocará trabajar por incentivos a la productividad y entonces habrán cambiado las reglas de la calidad en la atención en salud al

introducir el concepto de valor basado en desenlaces con guerra al desperdicio.

Tendrán todas las herramientas para empoderar al paciente y hacerlo copartícipe de su autocuidado y de mantenerse sano para cambiar la ecuación de la enfermedad por una de la salud.

Serán capaces de integrar sistemas de información para la toma de decisiones acertadas y de utilizar la omnicanalidad para llegar con la medicina digital donde quiera que sea posible, introduciendo un cambio total de la forma en que se ejerce la medicina basada exclusivamente en el hospital.

Y qué decir de las biociencias con fundamento en la genómica, la proteómica, la metabolómica y la microbiomática con el soporte de la bioinformática. La medicina 4.0; la era de la medicina personalizada.

La medicina personalizada o de precisión, a la que ustedes estuvieron expuestos obligatoria y trascurricularmente durante la fase I de su currículo y en la fase II de manera más opcional, nos permitirá adaptar la terapia con la mejor respuesta y el mayor margen de seguridad para garantizar una mejor atención al paciente. Al permitir que cada paciente reciba diagnósticos más tempranos, evaluaciones de riesgo y tratamientos óptimos, la medicina de precisión mantiene la promesa de mejorar la atención médica y al mismo tiempo reducir los costos.

¡Todo eso se llevan, mis queridos colegas! Pero algo que también se llevan y no van a olvidar nunca es que aprendieron a aprender y ese es el tesoro pedagógico más grande que este programa haya podido entregarles. Si por algo han de recordarnos es por eso, aun cuando yo espero que sea también por todo lo demás. Esa ruptura con la enseñanza y el aprendizaje memorístico de la medicina marca una diferencia enorme en los procesos de aprendizaje en este país. La enseñanza para la comprensión es el activo más importante de este proceso educativo. Aprender a aprender los hará sabios permanentes en una sociedad científica donde el cambio de paradigmas se sucede todos los días.

Recuerdo bien, y discúlpenme que lo mencione aquí otra vez, pues ya lo he comentado con ustedes, cuando alguno de los detractores de este proceso, porque también los hubo, vino a verme para quejarse de que ustedes no sabían mucho, pero aprendían rápido. Ese fue el mayor

halago que pude recibir, ya como decano, de que habíamos cumplido con el objetivo de esta reforma; de eso se trata, de aprender rápido. De encontrar la fuente de la información y del conocimiento de buena calidad y de incorporar ese conocimiento nuevo al previo para comprender de forma tal que podamos pensar y actuar, creativa y flexiblemente a partir de lo que sabemos, para resolver problemas, crear productos e interactuar con el mundo que nos rodea.

¡Pero también nos dejan cosas! Ser pioneros es toda una experiencia. Debió serlo para Juan Bautista de Vargas Uribe, en 1673; sin duda para Miguel de Isla, en 1803; para un Morales o un Currea de la primera promoción de 1971 o más aún para una Casabianca o una Tayeh, primeras mujeres en estudiar medicina en el Rosario del 65; entonces, ¿por qué no para ustedes?

Sus contribuciones han sido inmensas para enriquecer este proceso a través de todas las observaciones que le han hecho. Sus críticas y cuestionamientos las hemos escuchado y ellas nos han dado, sin duda, un mejor programa. Hemos trabajado de la mano de ustedes un currículo histórico para el Rosario e histórico para el país y hoy que se van, temporalmente, se los aseguro, porque uno nunca se va del Rosario, nos dejan la complicidad de haberlo hecho entre todos. Hubo momentos duros en este trasegar, no lo dudo, y otros menos duros como el de las “almohadas duras” de Méderi. Y como todo en la vida, siempre se pudo superar. ¡Los vamos a extrañar! Llegaron aquí como unos seres humanos maravillosos y se han distinguido a lo largo de estos seis años por ello, y eso ni cambió ni va a cambiar; el proceso educativo enriqueció a esos seres humanos maravillosos como debe ser. La sociedad los reconocerá, sin duda.

Les deseo desde el fondo de mi corazón que siempre les vaya bien; que todo lo que toquen lo hagan con la sensibilidad de la compasión por el que sufre y que, por consiguiente, en cada acto de sus vidas expresen el espíritu rosarista que aquí les hemos impartido: una forma de ser.

¡Los quiero mucho!

Para la última ceremonia, el orador invitado fue el vicedecano académico Andrés Isaza Restrepo, quien, dirigiéndose a los nuevos graduandos y demás asistentes, afirmó:

[...] Algunos de ustedes representan el último grupo de estudiantes educados dentro del currículo histórico en el que nos formamos todas las generaciones de médicos rosaristas, hasta el día de hoy, como también las de médicos no rosaristas, no solo en Colombia sino en el resto del mundo durante decenas de años. Un grupo, diría yo, privilegiado, porque tuvo acceso a experiencias de aprendizaje poco menos que personalizadas, hecho que nos consta a quienes les propusimos nuestras últimas clases en un ambiente que yo describiría como muy familiar [...]. Pero que, además, pudo aprovechar todas las reformas e inversiones que precedieron y que fueron posibles manteniendo la coherencia con su programa de estudios [...]. A ustedes les correspondió el escenario de lo ya conocido y probado dentro de los estándares más tradicionales de la formación médica, y aprendieron a reconocer las ciencias básicas médicas enmarcadas dentro de límites muy precisos.

Sus colegas representan en esta ceremonia el primer grupo de estudiantes formado en el marco de la última reforma curricular significativa adelantada por el programa de medicina que obtienen su grado, y subrayo significativa, porque pequeñas reformas se dan permanentemente en respuesta dinámica a cambios como a los que me referiré, y al ejercicio de evaluación permanente del currículo que exigen los estándares de buena calidad en la educación. Sin duda, por ello, ¡también hacen historia! Este currículo reformado y fundamentado en una noción de salud y enfermedad muy particular, pretende dar prioridad al estudiante sobre la de los contenidos o los profesores dentro del proceso; pretende también dispensarse mediante estrategias pedagógicas más orientadas hacia la comprensión y la solución de casos; busca una mayor integración entre los diferentes saberes, organizándolos alrededor de los sistemas que conforman el cuerpo humano; busca acercarse a los requerimientos de salud en las comunidades, y disminuir la brecha entre la capacitación para la atención primaria y la resultante de una formación centrada en instituciones hospitalarias de alta complejidad; y finalmente, pretende

avanzar en la flexibilización curricular, al permitir una profundización selectiva en áreas clínicas, en atención primaria o en investigación.

Pero al lado de esto, ciertamente todos ustedes, independientemente del programa, tuvieron también oportunidades casi únicas de práctica clínica al enfrentar múltiples y variados casos de pacientes que tratan las cuatro especialidades médicas básicas, y otras más especializadas que atienden consultas frecuentes [...]. Estamos seguros de que esas oportunidades de práctica, y la experiencia reflexiva con pacientes en el contexto real de su atención médica, habrán dejado en ustedes ese sello tan característico de nuestra formación. Tenemos la certeza de que adquirieron los conocimientos y desarrollaron las capacidades necesarias para resolver la mayoría de los problemas que motivan la consulta inicial de los pacientes.

El ejercicio de ponerme en el lugar y en el momento en que ustedes se encuentran hoy, me permite recordar bien la inseguridad que sentimos sobre nuestra capacidad para el desempeño del papel de médicos que ya les corresponde, que han merecido, y que se hizo oficial tras el juramento que acaban de hacer y el diploma que recibieron —pero... atención, ¡juramento es una palabra mayor que obliga!—. No se preocupen innecesariamente... la amplia experiencia que adquirieron en su desempeño como médicos en formación se les revelará dentro de su próximo ejercicio profesional, y las únicas diferencias serán la responsabilidad que asumirán a nombre propio y la ausencia de la supervisión cercana que los ha acompañado hasta ahora [...]. Ahora bien, me pareció pertinente exponer en este escenario algunas reflexiones sobre la justificación para adelantar reformas curriculares, enfocado, claro está, en el campo de la medicina. En ese ejercicio encontré que ellas convergían siempre en características de la época que vivimos, y encontré que el mejor, y más particular descriptor de la misma, correspondía al concepto de *volatilidad*, entendido más particularmente como la vertiginosa velocidad con la que ocurren los cambios en nuestros tiempos...

En relación con ello, cabe entonces mencionar que en nuestra profesión (y no es la única, por supuesto) es tal la cantidad de nuevos conocimientos que se producen a diario en todo orden de cosas, que resulta imposible, aún para un especialista como los que conocemos,

estar al tanto de todos ellos. Cada vez nos resulta más obvio reconocer que la VERDAD (así, en mayúsculas) es un concepto en permanente construcción, que está siempre inconclusa, y que, por lo tanto, la concepción de una educación constreñida a la transmisión de conocimientos —tan medieval pero tan presente aun—, además de volátil, incierta, compleja y ambigua, deja de ser una prioridad, y debería centrarse en el desarrollo de las capacidades para aprender a aproximarse al conocimiento con un criterio selectivo, analítico y crítico, expresado como esa capacidad de “aprender a aprender” que promulga hoy la Universidad...

Pero aún más allá, queremos además promover una educación liberadora, esperanzadora y en esa medida transformadora, por lo que pretendemos también desarrollar actitudes y aptitudes necesarias para la investigación: curiosidad, capacidad para plantearse preguntas y aprender a estructurarlas, diseñar las mejores metodologías para encontrar respuestas, rigurosidad, honestidad y ética en el proceso... Queremos hacer así el tránsito desde la cómoda posición de receptores pasivos de información, al de protagonistas en la construcción de conocimiento... para aproximarnos así genuina y originalmente a las mejores evidencias y prácticas, en bien de la salud de pacientes y poblaciones, y para la solución de nuestros propios problemas.

Pero al lado de esas consideraciones sobre el saber propiamente dicho, existen también otras, como los deslumbrantes desarrollos que modifican nuestra práctica y exigen actualización permanente. Cito, por ejemplo, el de las imágenes diagnósticas cada vez más sofisticadas, que nos permiten ver al paciente sin ningún tipo de invasión, como hasta hace pocos años era inimaginable. Me tocó presenciar la llegada de los primeros ecógrafos a Bogotá cuando realizaba mi año de internado y cuando la tecnología más avanzada en imágenes eran los Rayos X... para ver llegar luego la TAC, con capacidad cada vez de mayor resolución, la RNM, o métodos que combinan hoy la imagen anatómica con la visualización de procesos fisiológicos intracelulares... Pero algunas de estas tecnologías también están cada vez más al alcance de la mano, y ya pueden ser utilizadas en la cabecera de la cama del paciente, o durante una consulta corriente... Ellas van alterando definitivamente la

semiología clínica, y han permitido el diagnóstico temprano de lesiones antes inaccesibles.

Se desarrollan también técnicas para el soporte de las funciones vitales de los pacientes y para la realización de novedosos procedimientos endoscópicos y quirúrgicos mínimamente invasivos. Evoluciona el campo de la genética hasta el punto de poder hoy editar el genoma humano, el de la biología molecular, las neurociencias, etc., y pasa así de la atención de la enfermedad a una atención Predictiva, Preventiva, Personalizada, Participativa y Poblacional (como decía el decano).

Paralelamente, claro, cambia también la actitud de quienes hemos acostumbrado a llamar “pacientes”. Hoy, ellos acceden muy fácilmente a la misma información que el médico, de modo que estratos cada vez más amplios de la población requieren del médico otro tipo de atención. Con frecuencia cada vez mayor, su conocimiento sobre la enfermedad que los aqueja puede ser más completo y personalizado que el que le puede aportar el médico... En poco tiempo, las habilidades más apreciadas serán la capacidad de comunicación y la empatía que le permita al médico obtener la mejor calidad posible de información sobre los síntomas, antecedentes y el examen físico del paciente, pues con ellos alimentará un *software* con mayor capacidad que la de nuestra memoria para sugerir un diagnóstico, proponer la ruta más racional para confirmarlo, plantear diagnósticos diferenciales y sugerir tratamientos. Ya pueden ustedes buscar páginas en internet y consultar de esta forma... La adquisición de estas habilidades cobrará entonces la mayor relevancia, porque de ellas dependerá el “acierto” de los algoritmos.

Pero de forma casi paradójica, toda esta superespecialización obliga a reconceptualizar y volver la mirada hacia la salud de poblaciones y comunidades, a considerar sus “determinantes”, y a volver sobre la atención primaria por tanto tiempo relegada. Es claro que ella debe constituir nuestra principal preocupación y ocupación como médicos, pues responde a las necesidades cotidianas de la gente, y a esos motivos de consulta más frecuentes que hemos aprendido a despreciar mediante los currículos ocultos de nuestra formación en instituciones dedicadas al alto nivel de complejidad... ¡No por ello despreciables! ¡Faltaría más!

Pero que, en coherencia con su misión, exigen niveles cada vez más y más especializados, desempeñados por médicos que cada vez saben más de menos, por lo que solo deberíamos recurrir a ellos mediante remisiones muy selectivas y racionales.

Esto requiere devolver a los médicos generales su capacidad de diagnóstico y resolución, médicos seguros del alcance de sus intervenciones, pero capaces de identificar también el límite de sus competencias... médicos provistos de criterio, sensibilidad, comprensión, empatía, capacidad de comunicación, y de ese compromiso y cercanía con el “paciente” y su entorno familiar y social que soñamos cuando elegimos esta magnífica profesión y que posiblemente permanece latente en el fondo de nuestros corazones.

No es en vano que muchos pacientes prefieren como primera aproximación para la solución de sus dolencias otros tipos de “medicinas” o itinerarios terapéuticos alternativos como lo evidencian ciertas estadísticas... Sin entrar en la discusión sobre su alcance o su efectividad, ellas en general se caracterizan por una mayor atención a la queja del paciente, demuestran mayor interés por sus circunstancias y una mayor dedicación de tiempo para su “curación”... Esto amerita al menos sensibilidad y respeto cultural, y una mirada más cuidadosa de nuestra parte.

Adicionalmente, cambian los perfiles demográficos y epidemiológicos de las poblaciones; se modifican a profundidad las costumbres y valores sociales, y sus estados de “desarrollo socioeconómico”; cambian el comportamiento y las actitudes de personas y grupos humanos, como es tan evidente en los jóvenes de hoy.

Un contexto como el descrito, caracterizado por la volatilidad, la incertidumbre, la complejidad y la ambigüedad, nos obliga entonces a repensar permanentemente nuestro papel como médicos, así como nuestra forma de educar, para poder asumir los retos que nos presentan el escenario actual y las nuevas realidades por venir...

Para terminar, voy a valerme de Joseph Campbell, quien en su libro *El héroe de las mil caras* estudia y analiza la historia de dioses y héroes mitológicos pertenecientes a múltiples culturas y religiones de todas

las latitudes, desde los más arcaicos hasta los más recientes, y caracteriza el camino común de la aventura mitológica del héroe: en pocas palabras, todo comienza con un llamado que da inicio a una aventura que implica la separación de su mundo de todos los días y lo enfrenta a una región de prodigios sobrenaturales donde se debe enfrentar con fuerzas fabulosas hasta ganar una batalla decisiva, tras la cual el héroe regresa de su misteriosa aventura con la fuerza de otorgar dones a sus hermanos.

Pensaba al leer, que este proceso es similar al de nuestra formación como médicos... Identifico en ese “llamado” la atracción o impulso que nos lleva a estudiar Medicina. Identifico la aventura como el tránsito por nuestra carrera, entendida como una región de prodigios sobrenaturales, que evidentemente conlleva una separación de nuestra cotidianidad y la exposición innegable a intensas experiencias o “fuerzas fabulosas”. No podremos negar que se trata de ganar una batalla decisiva, ¡su logro actual! Se encuentran ustedes, entonces, en el momento del retorno, y es la hora de comenzar a otorgar el don de la salud a sus hermanos.

Además de las palabras de los oradores invitados, en cada ceremonia también daba un discurso uno de los estudiantes en representación de los graduandos.

En la primera ceremonia, el llamado a esta labor fue Miguel Rafael López Patrón, que de sus palabras destacamos:

[...] somos hijos de este currículo, del cual no dudo, nos sentiremos orgullosos siempre, seremos los primeros de una nueva generación de médicos que podrán ser capaces de ver a sus pacientes con tal integridad que nunca será ajeno para nosotros el universo que representa cada paciente y todos aquellos determinantes que podrán influir en su proceso salud-enfermedad. Los invito, amigos, a que cumplamos el compromiso de nunca conformarnos, de siempre dar lo mejor, de ganar la batalla sobre cualquier asomo de mediocridad que pueda aparecerse en nuestro camino, a nunca perder nuestra capacidad de asombro ante la injusticia y la mala praxis para alejarlas completamente de nuestro

ejercicio, de tomar decisiones trascendentales, de ser líderes e impactar así de una forma tal que seamos nosotros los abanderados en hacer país desde nuestro consultorio, desde el laboratorio, piso de hospitalización, sala de cirugía, en nuestras casas, en las aulas, en los ministerios o secretarías, en la comunidad, en nuestra cotidianidad, amigos, algo, algo que sea inherente a nuestro andar [...] ²⁶.

En esta ceremonia se graduaron:

Camilo Andrés Amaya Dueñas
Laura Ángel Giraldo
Rafael Alberto Aponte Caballero
Helena Arango Romero
María Alejandra Barón Blain
María Caicedo Martínez
Pablo Cortés Moreno
Santiago de Vivero Cortés
Sebastián Del Castillo Visbal
Andrea Donoso Samper
María Andrea Estévez Flórez
Federico Fayad Lemaitre
Gonzalo Andrés Fernández Mera
Sebastián Ramiro Gil Quiñones
Laura Angélica Guerrero Roncancio
Daniel Francisco López Betancur
Miguel Rafael López Patrón
Tatiana María Luna Piscioti
María Alejandra Mera Alarcón
Laura Sofía Nasiff Cabrales
Camilo Ernesto Pérez Reyes
Daniel Nicolás Pinilla López
Catalina Quintero García

²⁶ Discurso de graduación de Miguel López Patrón, 2019.

Óscar de Jesús Quintero Sandoval
Iván Javier Rodríguez Acosta
Daniel Alberto Rodríguez Balcázar
Diana Alejandra Rodríguez Hernández
Pablo Emilio Rodríguez Ortiz
María Camila Tapias Díaz
Luisa Fernanda Trujillo Guerrero
Gloria Marcela Unibio López
Daniela Villada Flórez
Jesús Leonardo Villalobos Luna

En la segunda ceremonia, la estudiante Alexandra Cortés Arciniegas afirmó:

[...] la sociedad siempre ha confiado ciegamente en los médicos y ha tenido grandes expectativas frente a nuestra invaluable labor social, sin embargo, los sistemas de salud, sus políticas y sus intereses, han generado una pérdida significativa de la confianza en la profesión médica. Estos, parecen preocuparse cada vez más por el beneficio económico y cada vez menos por la calidad de su atención, aprovechándose de la vulnerabilidad del paciente y alejándose cada vez más del altruismo y la transparencia que los debería caracterizar. Adicionalmente, es lamentable ver, cómo el acto médico se ha convertido en un proceso casi que mecánico, en el cual se observa que el paciente es tratado como un simple usuario y no como un ser humano. Y es precisamente frente a esta problemática, que como médicos rosaristas nos vemos llamados a actuar. Debemos comprender y dimensionar la gran responsabilidad social que hoy nos confiere nuestra universidad. Tendremos en nuestras manos, la salud, el bienestar y la vida misma de aquellos pacientes que nos confíen su cuidado, por lo que debemos brindar una atención de calidad, pero no solo de calidad científica, sino de calidad humana; recuperar los valores de honestidad, humildad, integridad, respeto y solidaridad que se han perdido a través tiempo, comprometiéndonos desde ya a brindar un decidido aporte, con miras a revitalizar nuestro sistema de salud para

responder de una manera digna y oportuna a las necesidades emergentes de nuestro país, reconstruyendo así el contrato social²⁷.

En esta ceremonia se graduaron:

Alejandra Álvarez Cataño
Daniela Aponte Bolaños
María Alejandra Arévalo Gutiérrez
María Antonia Astaiza Pineda
María Camila Balceró Ángel
María Camila Barreto Martínez
Santiago Carrero Longlax
Carolina Casas Certain
María Natalia Celis Rivera
Ernesto Córdoba Castro
Alexandra Cortés Arciniegas
Laura Cristina Cuero Ríos
Martha Liliana Dávalos Serrano
Daniel de Zubiría Posada
Daniela Duarte Bateman
Piedad Marcela Durán Torres
Daniela Fandiño Cantor
Luis Alberto Figueroa Arango
María José Giraldo Parra
Ana María Gómez Torres
Daniela González Díaz
Natalia Guerrero Huertas
Nicolle Guiot Isaac
Valeria Martínez Rojas
Juan Camilo Ortiz Torres
María Camila Ortiz Vergara
Valeria Peña Trujillo

²⁷ Discurso de graduación de Alexandra Cortés Arciniegas, 2019.

Anamaria Reinoso Victoria
Dante Mauricio Revelli Parra
Natalia Rodríguez Méndez
Manuela del Pilar Torrado Franco
Marcela Torres Cartagena
María Camila Wilches Angulo

En la tercera ceremonia, la estudiante Laura Bibiana Piñeros Hernández le decía a los demás graduandos:

[...] recuerden siempre que estamos aquí para servir mejor, para crear historia, y para continuar siendo parte de la diferencia y ser agentes de cambio... Hoy solo puedo decirles que crean en ustedes mismos, que nunca pierdan las ganas de avanzar y ser cada día mejores, que recuerden que cuando ya no podamos añadir días a la vida, siempre podremos añadir vida a los días, y que sin pacientes no seríamos quiénes somos... Trabajen en equipo, y sean siempre esos médicos, docentes, compañeros y amigos que les gustaría que fueran con ustedes, y que no solo se debe ser un médico bueno, sino también un buen médico. Hoy somos graduados como médicos rosaristas de esta gran *alma mater*, como la primera promoción de una gran apuesta por el cambio y ha llegado el momento de seguir creando historia, de salir y ser nuestra mejor versión y ayudar a los demás a ser su mejor versión, y recuerden, como me dijo un gran maestro alguna vez, “Una vez rosarista, siempre rosarista”²⁸.

En esta ceremonia los graduandos fueron:
Gabriela Valentina Baracaldo Amado
Juan Pablo Beltrán Figueroa
Kimberly Botero Saenger
Daniela Fernanda Carrascal Peñaranda
Daniela María Carrillo Pedrosa
Jesús David Charry Sánchez

²⁸ Discurso de graduación de Laura Bibiana Piñeros Hernández, 2019.

Daniela Espinosa Ortiz
Andrés Fernando García Lozano
Daniel Ignacio Garzón Luna
Isabel Virginia Hernández Linares
Laura Jiménez Hermida
María Sofía Labrador Morales
Simón Eduardo Landaez Fajardo
Laura Llano Arcila
Julián López Rippe
María Camila Luna Benítez
María Gabriela Méndez Pascual
Felipe Noriega Acosta
Daniela Osorio Perdomo
Erika Fernanda Otálora Montes
Andrés Felipe Patiño Aldana
María Valentina Perdomo Córdoba
Mateo Pérez Amaya
Laura Bibiana Piñeros Hernández
Juan Camilo Rincón García
Daniela Rosero de los Ríos
Paula Celeste Xannaeth Rubiano Mojica
María Catalina Sánchez Martínez
Juan Manuel Sandoval Cardozo
Manuela Trujillo Marín
Yesika Paola Valencia Giraldo
Isabella Vargas Parada
Karen Vanessa Whittingham Valero
Carlos Julián Yaya Quezada
Laura Natalia Zamudio Alfonso
Estefanía Zapata Bravo

Finalmente, María Elena Ramos Cifuentes, en la última ceremonia, reflexionaba ante sus compañeros:

[...] entendíamos que esta carrera no era solo entender el componente bioquímico y genético de los pacientes, sino que era mucho más, era miedo, era compasión, era tener que sacar las fuerzas para explicarle a una madre que su bebé no iba a nacer, pero también, era felicidad, era amor y pasión, era ver la cara de una familia tranquila cuando la cirugía salía bien, era entender que muchas personas solo iban a consulta con la esperanza de hablar con alguien, de ser escuchado, de recibir una sonrisa y ver que alguien se preocupaba por ellos. Teniendo en cuenta cada lección y aprendizaje de vida mencionados anteriormente, hoy los invito a no solo pensar y enfocar nuestro criterio como doctores, espero que nunca olvidemos a pensar y sentir como seres humanos, porque al final nuestra carrera es ese arte delicado entre la integración del conocimiento con los sentimientos, el dolor y la expectativa de ese paciente y su familia, que vive un momento totalmente nuevo en sus vidas al ingresar a un consultorio o pasar por las puertas de Urgencias, al recibir un nuevo diagnóstico o encontrar nuevos desafíos en las enfermedades que viven con ellos²⁹.

En esta ceremonia los graduandos fueron:

Verónica Ángel Reyna
Darwin Joaquín Barros Valderrama
Angélica María Bonilla Lozano
María Camila Cabrera Perdomo
Íngrid Freja Catalina de Frutos
Catalina Duque Arango
Lina Constanza Esparragoza Sarmiento
Danna Paola García Guáqueta
María Camila Giraldo Piedra
María Fernanda Gómez Ardila
Paula Andrea Jiménez
María Fernanda Laverde Hernández

²⁹ Discurso de graduación de María Elena Ramos Cifuentes, Yuliana Vanegas Chávez y Ana Gabriela Rocha, 2019.

Mayra Andrea Maldonado Lee
Santiago Martínez Molina
Paula Andrea Mendivelso Vargas
Karen Johana Meza Ramírez
Luis Felipe Moreno Mendoza
Alejandra Negrete Rodríguez
María Alejandra Pérez Huertas
Camila Marie Pinto Hernández
Karen Viviana Pinzón Velasco
Nelcy Tatiana Pulido Barón
Jorge Eduardo Quintero Naranjo
Daniela Ramírez Mantilla
María Elena Ramos Cifuentes
Ana Gabriela Rocha Hinestroza
Lida Daniela Rodríguez Muñoz
Isabella Sanclemente Mariño
Diego Eduardo Torres Castellanos
Yuliana Vanegas Chaves

De esta forma, en este día se graduaron veinte médicos formados en el currículo anterior y 114 médicos de “nuevo tipo”. Estos últimos estudiantes se formaron en el marco de un programa francamente renovador de la educación médica en el país, y tal vez en el mundo, apoyado en un concepto de salud y enfermedad biopsicosociocultural e histórico, complementado con un conjunto de actividades prácticas, clínicas y comunitarias integradas y sustentado en la metodología de la enseñanza para la comprensión (aprender a aprender y aprendizaje basado en problemas). Este enfoque, integrado por sistemas, potenció la formación de un profesional de la salud con un perfil cualitativamente diferente del de los médicos que venían formándose en el país.

Culminó este magnífico acto, de gran altura intelectual y científica con un agasajo ofrecido por la Universidad para los asistentes y las consabidas fotos de los graduandos con sus familiares, compañero y amigos y, por supuesto, con los profesores más cercanos y querido por ellos a través de su carrera. Terminaba así toda una era de educación médica rosarista y se

iniciaba una nueva etapa en esa historia, de la cual tendrán que dar cuenta los historiadores del futuro.

Al terminar este libro, aún continuaba Gustavo Quintero Hernández en posesión de su cargo, en su segundo período como decano de la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, con el honor de graduar la primera promoción de una pléyade de médicos formados con otra mentalidad completamente diferente de los formados por la Universidad desde 1966 hasta 2019, pero sin dejar de ser rosaristas en su espíritu. Tuvo el valor y la fuerza el profesor Quintero para enfrentar el reto que la Universidad le planteó de reformar el currículo de la Facultad de Medicina más antigua del país, no solo reformándolo, si no volviéndolo a estructurar, desde una visión muchísimo más amplia que aquella que alcanzaban a vislumbrar las autoridades universitarias que lo escogieron para esa misión. Pero es que también tuvo la inteligencia y la entereza de ser capaz, por el camino, de cambiar de piel y cubrirse con aquella que sus colaboradores le ayudaron a forjarse, y que ellos mismos se forjaron para sí, para poder llegar más allá de ellos mismos, pues fueron capaces de escucharse unos a otros para reestructurar su propia mirada y su pensamiento, para, juntos, reconstruir, es decir, volver a construir, la manera de entender la enfermedad, la salud, y la medicina, en toda la extensión de su práctica, pensando en formar un nuevo tipo de médico que tenga una visión amplia y profunda de la salud y de la enfermedad y de la realidad social y cultural de un país que viene clamando a gritos que su salud y la actitud y la mirada de los encargados de cuidarla, en el ámbito latinoamericano, no puede continuar así.

Con este programa no se pretende formar un médico adaptado a las políticas sanitarias reduccionistas e inequitativas hegemónicas en el país, sino todo lo contrario, formar un nuevo tipo de profesional de la salud capaz de comprender ese reduccionismo y esa inequidad para que se convierta en un cruzado de su transformación. Un médico, pues, que no solo se ocupe de la salud de los individuos como un problema biológico, sino que, desde una perspectiva biopsicosociocultural e histórica, esté dispuesto a transformar la comprensión de la salud-enfermedad en este país y a construir políticas sanitarias que garanticen soluciones integrales, de carácter universalista, para asegurar el bienestar y la vida de las personas.

CUARTA PARTE
CODA FINAL

Reflexiones finales

Este relato histórico de la Facultad de Medicina de la Universidad del Rosario complementa la secuencia histórica iniciada con los dos tomos anteriores ya mencionados y continúa la exposición de los desarrollos más significativos de dicha Facultad a partir de 1969 y hasta 2019, año en que la Facultad, ya bajo el nombre de Programa de Medicina de la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, graduó la primera cohorte de médicos formados en el Nuevo Currículo, después de haber recibido el 25 de mayo del 2017 la tercera renovación de su acreditación, por un período de ocho años más, la más larga recibida hasta el momento.

Como se dijo en la Presentación, con esta graduación se cierra la historia aquí narrada. Este cierre no implica la terminación de este último subperíodo; “corresponde a una elección metodológica de los autores para fines prácticos de esta investigación, relacionados con el tiempo de duración aprobado para este proyecto” y no a una ruptura estructural o tendencial en el proceso histórico de la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud.

No obstante, la ceremonia de graduación de esta primera cohorte del nuevo currículo sí constituye lo que los arquitectos llamarían un “cierre de tejado”, es decir, un punto culminante del proceso de una ilusión en la que, en 1965, la Universidad del Rosario comprometió todas sus basas, para reabrir y consolidar una Facultad de Medicina que había estado cerrada durante cien años, pero que desde sus inicios en 1802 se configuró como una punta de lanza en la innovación y transformación de la educación médica en el país y todavía hoy lo sigue siendo, hecho que lo demuestra además la última

renovación de la acreditación y de su registro calificado y su inclusión en los QS World University Rankings.

Adicionalmente, su futuro como instrumento transformador de la educación médica nacional se hace hoy aparente con la posibilidad de que, con la presencia del decano Gustavo Quintero Hernández como presidente de ASCOFAME, desde 2016, se venga impulsando un cambio en esta educación médica, teniendo como base la última reforma curricular del Rosario. Como bien lo decía el propio decano en una entrevista a *Nova et Vetera*, cuando fue nombrado en este cargo, este nombramiento

[...] también es un reconocimiento a la Universidad, porque nosotros hemos conducido cambios curriculares transformadores, importantes en la forma en que se aprende y se enseña medicina en el país. Hace 3 años implementamos una reforma curricular que se trabajó durante 8 años y que está en la mitad de su fase de implementación. Seguramente las facultades de medicina del país han visto en este cambio, una posibilidad de que se incluyan modelos similares en otras partes, que con seguridad va a transformar la forma en que se practica la medicina colombiana¹.

Podrían retomarse las palabras pronunciadas por el historiador social y médico Milton I. Roemer cuando hablaba, en 1985, de la necesidad de una reforma de la educación médica y que, metafóricamente, la enunciaba así: “se necesita una nueva raza de médicos” (Roemer & OMS, 1985). En nuestra versión, “se requiere un nuevo perfil de médicos”. Después de esta revisión histórica de la Facultad de Medicina de la Universidad del Rosario, hoy Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, podríamos atrevernos a decir que el 14 de junio de 2019 la Universidad del Rosario le entregó al país 114 médicos con ese “nuevo perfil”.

¹ Periódico *Nova et Vetera*, 21 de abril de 2016. <https://www.urosario.edu.co/Periodico-Nova-Et-Vetera/Actualidad-Rosarista/Dr-Gustavo-Quintero-es-el-nuevo-presidente-de-ASCO/>

A modo de epílogo

Este libro se terminó de escribir el 26 de junio de 2020, en medio de una estricta cuarentena mundial y global, debida a la severa pandemia de coronavirus, llamada Covid-19. Esta enfermedad comenzó en China a finales de 2019 y se fue extendiendo rápidamente por todo el globo, habiendo causado hasta hoy centenares de miles de muertos y muchos millones más de contagiados. Como consecuencia, desde hace tres meses y cinco días, nuestro país entró en aislamiento social preventivo obligatorio (léase *cuarentena*), y desde ese momento para acá los investigadores y autores de este libro tuvimos que trabajar, casi cotidianamente, en la distancia, desde nuestras casas, y en la modalidad de teletrabajo, por medios de comunicación electrónica. El pronóstico es que el aislamiento puede durar aún muchos meses y hasta uno o dos años, mientras no se logre elaborar una vacuna adecuada y se pueda distribuir a las distintas regiones del mundo. Y, por más de que nos cuidemos, y mantengamos la estricta cuarentena, debido a las características de la enfermedad y su forma de contagio, no sabemos si podremos superar esta epidemia. Es decir, no sabemos si alcanzaremos a ver este libro publicado y circulando en manos del público. Especialmente, los dos autores más mayores que, debido a “la edad que padecemos”, tenemos un riesgo más alto de sufrir complicaciones severas, si llegáramos a contagiarnos.

Pero este libro también se terminó de escribir el día en que se cumplieron cincuenta y cinco años y once días de la firma del convenio entre la Sociedad de Cirugía de Bogotá y el Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, el 15 de junio de 1965, convenio por el cual se posibilitó la reapertura

de la Facultad de Medicina del Rosario, hoy Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, después de haber estado clausurada cien años.

Así mismo, este libro se terminó de escribir un año y doce días después de que la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad del Rosario le entregara al país, el 14 de junio de 2019, una primera cohorte de ciento catorce miembros de “una nueva raza de médicos”, acudiendo al llamado que, en ese sentido, había hecho un comité de expertos de la OMS en un debate llevado a cabo en 1985, y del cual no todos eran conscientes. Profesionales de la salud estos que, llevando en su mente toda esa mirada integral sobre la salud y enfermedad, esa concepción de la práctica médica que fue magistralmente resumida por el decano en su discurso el día de su graduación, y esa actitud ante la condición humana de sus pacientes y ante la crisis de los sistemas y servicios de salud de la sociedad en que viven, tal como fue expresada por ellos mismos en sus propios discursos de grado, estamos seguros que contribuirán a cambiar la situación de la salud en este país, acompañados por los otros compañeros que irán graduándose paulatinamente y de esta Escuela, de los cuales, ya en este momento, hay dos cohortes más vinculados a la vida laboral.

Pero, más allá de estas celebraciones, queremos decir que la investigación y la escritura de este libro ha constituido para nosotros toda una experiencia, dura, pero, además, muy placentera. Iniciamos la primera fase del proyecto de investigación en junio de 2015, después de celebrar los cincuenta años de la reapertura de la Facultad, acto en el que se entregaron a los asistentes los dos primeros volúmenes de esa historia, el de la Historia de la Cátedra de Medicina Colonial y Republicana y el de la Reapertura de los Estudios de Medicina en la Universidad del Rosario. Al terminar esa celebración, el decano Quintero le sugirió a Emilio Quevedo que trabajara en un tercer tomo que recogiera el resto de esa historia. Quevedo, quijotes-camente, le propuso al decano que le descargara un cuarto de tiempo de su jornada laboral para dedicarse a escribir el resto de esa historia de la Facultad, que estaba pendiente por contar. Y él, irresponsablemente, le respondió que sí, que se pusiera en la tarea. Entonces Quevedo le solicitó al decano la contratación de una asistente de investigación para que lo apoyara en la búsqueda, clasificación y digitalización de la documentación primaria. Así se vinculó la diseñadora gráfica, Cindy Katherine Kanti, al proyecto. Luego, al iniciar

el año 2016, Quevedo invitó a María Camila Núñez Gómez, quien venía trabajando como asistente de investigación en otro proyecto del Grupo de Estudios Sociales de las Ciencias las Tecnologías y las Profesiones (GESCTP) que él dirigía, para que se uniera al equipo de investigación. El 27 de junio de 2015 iniciamos las primeras entrevistas a personas que habían participado en la vida de la Facultad durante esos años. El primer entrevistado fue el salubrista Ricardo Alvarado.

Paso seguido, Quevedo entrevistó a Leonardo Palacios, el 15 de agosto de 2015, para que él, como exestudiante de la Facultad, como exsecretario académico, como exjefe de educación médica y, como exdecano, le contara sus recuerdos, que podrían ser de mucha utilidad para escribir esa historia. Después de terminada la entrevista, que duró casi dos horas, Quevedo le propuso a Palacios que escribieran esa historia juntos y él respondió que sería un honor para él participar como coautor en el libro que resultaría del proyecto. Así quedó conformado entonces el primer equipo de trabajo que se haría cargo de la investigación.

Este fue uno de los primeros grandes placeres porque las características humanas de cada uno de los miembros del equipo hicieron que el trabajo, aunque duro e intenso, fuera muy agradable. Duro, porque no fue fácil encontrar las fuentes primarias. Los archivos estaban incompletos, faltaban actas del Consejo Directivo y otros documentos. Curiosamente, en períodos en que había habido crisis y conflictos, las actas estaban desaparecidas. Por otra parte, un buen número de los actores que fueron artífices de esa historia ya estaban muertos. Las entrevistas realizadas a los actores todavía vivos nos aportaron mucha y muy valiosa información, pero no siempre brindaban datos precisos y las fechas relatadas a veces no coincidían y confundían más. La memoria es valiosa, pero frágil. Esto nos obligaba a contrastar distintas informaciones, en forma detectivesca, para poder afirmar algo de una manera precisa. A veces nos encontrábamos con información muy confidencial y sensible, que sabíamos que podía ser problemática si la divulgábamos y tuvimos que aprender a ser cautos al manejarla. No era fácil. Pero un historiador serio sabe que cuando se encuentra con un hecho, un suceso, un comentario o cuando establece una relación entre una serie de ellos, pero no encuentra un referente material, es decir una o varias fuentes primarias o secundarias que le permitan sustentar su existencia, es mejor

dejarlo como hipótesis o como pregunta, hasta que logre encontrar esos referentes para hacerlo. El no hacerlo así lo lleva, en el menos peor de los casos, al amarillismo periodístico y, en el peor, a la calumnia.

Pero lo placentero era más confortante que lo duro, que era manejable. A partir del segundo semestre de 2017, se vincularon al proyecto durante un año, en calidad de asistentes de investigación, tres estudiantes de la primera cohorte del nuevo currículo, María Sofía Labrador Morales, María Catalina Sánchez Martínez y Carlos Julián Yaya Quezada, que ingresaron al GESCTP para hacer su Módulo Selectivo de Profundización en investigación. En el primer semestre de 2017, se vinculó también Tatiana Roa Losada, estudiante de la segunda cohorte, quien llegó en el mismo plan que los otros tres. La vinculación de estos estudiantes al proyecto fue otra experiencia muy enriquecedora y placentera, pues la interacción con ellos y la enseñanza personalizada y cotidiana, así como el compromiso decidido de ellos con el trabajo, le dieron una dimensión muy especial a su participación en el proyecto.

Los primeros esquemas para los capítulos del libro los comenzamos a escribir en agosto de 2017 y pusimos nuevamente en práctica un estilo muy característico de la investigación que se desarrolla en el GESCTP y es que todos los que trabajan en los proyectos, no importa que rol desempeñen en ellos ni que jerarquía tengan en el Grupo, participan en todos los niveles del trabajo, desde la búsqueda de la información primaria y secundaria hasta la redacción final de los resultados del proyecto. Esto también tuvo su dimensión placentera, porque el proyecto se convirtió en una escuela de formación de investigadores.

Más allá de estos estos placeres, uno más se sumó a ellos. Y es que recorrer todos juntos un camino de 55 años de vida, y en el caso de algunos de nosotros, que fuimos actores presenciales y activos en todo ese tiempo o en parte de él, nos permitió revivir y repasar nuestra propia historia, pero, además, volverla a mirar con nuevos ojos y, sobre todo, repensarla con todo el saber y la experiencia acumulada durante todo ese lapso. Fue un devolver de la película, deshacer los pasos, volverlos a vivir de una nueva manera. Esto nos permitió reconciliarnos con la vida de otra forma. Y, para los más jóvenes, un encuentro con el devenir de su país, en más de

una vez desconocido para ellos, y que les permitió ubicarse en ese proceso y comenzar a sentirse parte y resultado de él.

Por otra parte, ha sido sorprendente el hecho de tener que terminar el libro en medio de una cuarentena, que nos tomó por sorpresa, y que nos ha obligado a vivir una experiencia que nunca nos habíamos imaginado tener, aunque no dejáramos de pensar en esa posibilidad cada vez que, como historiadores de la medicina y de la salud, estudiáramos la historia de una epidemia o leyéramos una novela que, desde la literatura, historiara una que aún no había ocurrido, como en el caso del *Ensayo sobre la ceguera* de José Saramago (Saramago, 1998 [1995]), *La cuarentena* de Jean-Marie-Gustave Le Clézio, (Le Clézio, 2008 [1995]), la *Gripe mortal* de Pablo Caralps (Caralps, 2009) o el *Inferno* de Dan Brown (Brown, 2013), entre otras. Esto nos ha recordado nuevamente y nos ha traído al presente aquello que tanto les insistimos siempre a nuestros estudiantes cuando hablamos de la Muerte Negra medieval, o del cólera del siglo XIX, o de la influenza de 1918, o de la fiebre amarilla durante varios siglos, o del ébola en el siglo XX, entre otra muchas más, y es que las epidemias no son el ataque masivo al cuerpo humano, y al cuerpo social, de un microorganismo desconocido o reconocido, sino que son mucho más que eso. Son procesos sociales e históricos que tienen elementos constitutivos sanitarios, económicos, políticos, sociales, culturales, religiosos, científicos, militares, laborales, comunitarios, familiares y personales (biológicos y psíquicos) que el médico debe conocer y ser capaz de enfrentar, para poder luchar contra ellas.

Todo este trabajo histórico, mirado a la luz de la lente del coronavirus, nos vuelve a hacer pensar que las políticas públicas en salud deben tener características diferentes a las que se planean y se implementan desde una perspectiva puramente biologista. Por ejemplo, el problema de la relación directa entre lo económico y lo sanitario no puede ser abordado desde una mirada dicotómica como realidades y ámbitos antagónicos, como nos lo han querido mostrar. Entender la salud y la enfermedad como un proceso multideterminado desde lo biológico, lo social, lo cultural y lo histórico necesariamente nos lleva a lo económico, porque la comprensión de la triple determinación social de la salud y la enfermedad se basa en el entendimiento de que lo estructural, es decir, los procesos productivos y de reproducción

social, sobredeterminan los procesos sociales y culturales, que se dan en el nivel de lo particular o lo comunitario, y estos dos niveles, a su vez, sobredeterminan los fenómenos psíquicos y biológicos del ámbito de lo singular, o sea, el de los individuos. Es ese proceso al que Asa Cristina Laurell llamó el “nexo bio-psíquico”, social y culturalmente determinado, proceso que, en última instancia, está entonces estructural y económicamente determinado. Si la Economía es una ciencia social que pretende comprender y conducir al bienestar de las sociedades, la Salud Pública y la Salud Global también pretenden lo mismo, precisamente porque están concatenadas en el proceso de la salud y de la enfermedad y en la triple determinación social de estas.

Otro aspecto central que nos ha dejado ver el estudio de este proceso histórico a la luz de esta pandemia es el hecho de que la crisis epidemiológica ha dejado en evidencia la crisis del sistema económico-político actual y de su sistema de salud, colombiano y mundial, y su inequidad. Aquí también la Economía tendría algo que decir, si fuera lo suficientemente autocrítica, y es que esa crisis es la crisis de la salud en el modelo político y económico neoliberal y su régimen financierista de acumulación de capital: unos servicios de salud que están montados para favorecer a aquellos que tienen la capacidad económica de pagar un seguro privado. Mientras más caro sea el seguro que se compra, más niveles de atención médica de le brindan al paciente. Por eso las clases pobres tienen un bajo nivel de servicio y los más pobres ni siquiera lo tienen. Y es que ese modelo de salud neoliberal está pensado para favorecer al capital financiero que es el que recibe el dinero prepago de los seguros y lo pone a circular en los procesos bancarios y bursátiles, para enriquecerse y luego devolverle al paciente, en servicios, las migajas de lo ganado.

Unos meses antes de que comenzara la pandemia, el país, Latinoamérica y el mundo, estaban viviendo la “cresta” de la crisis del modelo neoliberal. Manifestaciones severas en todo el mundo, violencia callejera, destrucción de bienes públicos eran las noticias cotidianas en Francia, Alemania, Gran Bretaña, Estados Unidos, Chile, Brasil, México, Perú, Ecuador y Colombia. Ese fue el sustrato sobre el que se agregó la crisis de la pandemia del coronavirus. Todo eso deja ver que ha llegado el momento de repensar la forma de vida y de trabajo, de las relaciones humanas y de la economía en su conjunto. Aquí también el análisis crítico-social y económico y el sanitario

deberían ir de la mano y valdría la pena volver a pensar en un Estado de Bienestar de nuevo tipo, tal vez de la mano de la teoría de la regulación y del neokeynesiano, como se venía proponiendo desde el 2008 y el 2011 (Boyer, 2008; Boyer, 2011), o desde cualquier otra perspectiva nueva e imaginativa. A este respecto, hoy, durante la pandemia, un grupo de 170 académicos holandeses han lanzado un manifiesto en el sentido de la creación, en la postpandemia, de un Estado de Bienestar basado en un modelo económico de “decrecimiento”². Y es que se nos viene a la mente la pregunta que Robert Boyer ya se hacía en 2011: *Los financieros ¿destruirán el capitalismo?* Y, tal vez el mundo (Boyer, 2013 [2011]).

Desde que hace muchos años leímos *Lo normal y lo patológico* de Georges Canguilhem, y lo seguimos releando aún hoy, aprendimos que existen tantas normalidades como procesos de regulación y homeostasis hemos puesto en marcha mientras andamos por la vida, pues nadie vuelve al punto de partida después de haber terminado un proceso homeostático de adaptación, sea este fisiológico, psicológico, social, cultural o histórico. Esto nos permite tener la esperanza de que los médicos que estamos formando hoy están en capacidad de reenfocar el manejo de esta pandemia y de la crisis de los sistemas de salud, de una manera más integral y nos ayuden a construir una nueva normalidad y una nueva sociedad.

Y finalmente, los cinco años que nos gastamos estudiando y escribiendo el libro hicieron parte de nuestro propio proceso de participación en el diseño e implementación del nuevo currículo y en la docencia y la orientación de la primera cohorte de estudiantes, acompañándolos casi cotidianamente en su proceso de formación, lo que nos obligó a volver a estudiar todos los componentes biológicos y psíquicos y a construir todos los elementos

² Por su interés para el futuro, mencionamos aquí la noticia publicada en el periódico *El Clarín*, de Chile, el 23 de abril de 2020: “Al parecer Holanda es el país que con más fuerza está tomando el desafío de reestructurar su economía a partir de lo que nos toca vivir en el presente. En este contexto, 170 académicos holandeses han planteado un manifiesto [*We kunnen Nederland radicaal duurzamer en eerlijker maken: vijf voorstellen voor Nederland na Corona*], en 5-puntos, para el cambio económico post crisis del C19, basado en los principios del decrecimiento”. *El Clarín de Chile*, 23 de abril de 2020. https://www.elclarin.cl/2020/04/23/holandeses-avanzan-en-el-escenario-pospandemia-y-proponen-un-modelo-economico-basado-en-el-decrecimiento/?fbclid=IwAR0ymUPYPBFdv9ls7MZN6YO0tiEtO9BQ09EoW86CnmIP3kqaUZZ41_mcMSA

sociales, culturales e históricos del concepto salud enfermedad y del saber y de la práctica médicas durante la segunda mitad del siglo XX. Pero también nos permitió repensar y reconstruir la compleja historia de este país en que nos ha tocado vivir.

Si bien el trabajo inicial estaba pensado para seis meses, pues se pretendía escribir un pequeño bosquejo de la historia de la Facultad, progresivamente nos fuimos entusiasmando en el asunto y terminamos trabajando durante cinco años en el proyecto, en cuatro fases sucesivas, lo que no dejó de exasperar a veces al decano Quintero, que al final de cada semestre esperaba ansioso recibir el tan esperado volumen, pero que, como buen médico, sabía que hay casos en que hay que esperar a que estos se resuelvan solos. Lo interesante fue que después de leer la penúltima entrega, a finales de 2019, fue él mismo el que nos pidió que trabajáramos un tiempo más en el libro para completar y profundizar algunas cosas que, a su juicio, hacían falta. Este hecho nos indicó que él también estaba tan entusiasmado y comprometido con el libro como nosotros y que estaba dispuesto a esperar aún un poco más para que, al final, este llegara a ser como él ahora se lo estaba imaginando.

Un libro nunca se acaba de escribir. Cuando un investigador se engolosina con un problema de investigación, siempre quiere continuar profundizando más y más, para saber más y escudriñar hasta el último y más recóndito detalle sobre el tema en cuestión. De hecho, cuando los investigadores estamos entusiasmados con un tema lo que hacemos es que planeamos varias fases del proyecto para ir profundizando en sus diferentes dimensiones y fronteras. Muchas veces, un tema de investigación es todo un proyecto de vida, y los resultados de dicho proyecto van conformando todo un *corpus* de artículos, libros, manuales, videos, en fin, que van recogiendo progresivamente esa producción intelectual.

Sin embargo, cuando se trata de un producto concreto, como es un libro, el cual el investigador se ha comprometido a entregarlo en un tiempo específico, en algún momento hay que parar. Este fue el caso de este libro: hace unos dos meses, cuando estaba comenzando la cuarentena, el investigador principal, Emilio Quevedo, recibió un correo perentorio del decano solicitándole la entrega de la versión definitiva del libro y, quisiéramos o no, tuvimos que redondear una versión prefinal para que él le diera el visto

bueno, y se la enviamos, solicitándole, además, que nos escribiera un prólogo, si él lo consideraba posible.

La leyó varias veces, según nos dijo, y nos la devolvió con comentarios muy positivos y con una propuesta de prólogo. Ese borrador prefinal se lo enviamos también a tres profesoras de la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud (Ana Isabel Gómez Córdoba, Martha Negrete Sánchez y Catalina Latorre Santos) que habían sido actrices, durante muchos años, de ese proceso histórico, y a las que hemos llamado “pares evaluadoras amigas”. Nos hicieron comentarios y sugerencias muy importantes que nos “obligaron” a retrabajar algunos aspectos. Y, finalmente, resultó esta “versión final” que los lectores tienen en sus manos.

Cuando Catalina Latorre, una de esas “pares amigas”, le devolvió a Quevedo el texto con sus comentarios y sugerencias, exclamó: “al terminar de leerlo sentí nostalgia” y, añadió, “quedan muchas cosas por investigar y por profundizar”. Tenía toda la razón. Fue la misma sensación que tuvimos al cerrar la obra. Por eso los escritores, muchas veces, cuando la vida les da tiempo, elaboran varias ediciones corregidas y “aumentadas” de sus libros, ya viejos o agotados.

Un libro de historia no puede contar todo, porque el lector se gastaría toda la vida leyéndolo. Le pasaría como a los cartógrafos del minicuento de Jorge Luis Borges titulado “Del rigor en la ciencia”, que dice así: “En aquel Imperio, el Arte de la Cartografía logró tal Perfección que el mapa de una sola Provincia ocupaba toda una Ciudad, y el mapa del Imperio, toda una Provincia. Con el tiempo, estos Mapas Desmesurados no satisficieron y los Colegios de Cartógrafos levantaron un Mapa del Imperio, que tenía el tamaño del Imperio y coincidía puntualmente con él”³. Obviamente, el mapa tapó todo el imperio y no sirvió para nada.

Por eso, aunque quedaron muchas cosas por decir, y muchas personas sin mencionar, sin que hayamos podido profundizar en el análisis de su participación en esta historia, como hubiéramos querido, creemos que la obra tiene una buena coherencia y toca los momentos fundamentales de la historia que pretende relatar. Sin embargo, tal vez lo más interesante de

³ Borges, J. L., (s. f.). “Del rigor de la ciencia”. <https://ciudadseva.com/texto/del-rigor-en-la-ciencia/>

esta historia es que es el resultado de una conversación entre documentos, libros y personas.

Como bien decía Umberto Eco, en su magna y famosa novela *El nombre de la Rosa*, poniendo sus palabras en boca de Edso de Melk, un novicio franciscano, segundo gran protagonista de su relato, quien, cuando penetró, acompañado de su maestro Guillermo de Baskerville, al recinto secreto y laberíntico de la biblioteca del monasterio benedictino medieval que estaban visitando, dijo:

[...] de pronto comprendí que a menudo los libros hablan de libros, o sea que es casi como si hablasen entre sí. A la luz de esa reflexión, la biblioteca me pareció aún más inquietante. Así que era el ámbito de un largo y secular murmullo, de un diálogo imperceptible entre pergaminos [o papeles y libros], una cosa viva, un receptáculo de poderes que una mente humana era incapaz de dominar, un tesoro de secretos emanados de innumerables mentes, que habían sobrevivido a la muerte de quienes los habían producido, o de quienes los habían ido transmitiendo. (Eco, 1983 [1980]: 349)

En efecto, nosotros pusimos a conversar entre sí: libros de historiadores generales y universales, con libros de historiadores de Colombia; pero también estos conversaron con los historiadores de la Medicina y de la Educación Médica, con los de filósofos, científicos, literatos, políticos, economistas, religiosos, funcionarios gubernamentales y burócratas. Así mismo, pusimos a conversar papeles de diversa índole entre sí. Y lo más interesante fue que nosotros mismos participamos e intervinimos en todas esas conversaciones, las conectamos entre sí y construimos relaciones entre ellas que muchos de sus protagonistas no alcanzaron a pensar, ni a imaginar, en su momento, que pudieran existir. Hablaron entre sí historiadores de Colombia que nunca pensaron que tendrían que hablar con historiadores de la Medicina; hablaron entre sí economistas que nunca pensaron que tendrían que hablar con educadores médicos; hablaron entre sí estudiantes con filósofos, políticos y congresistas con los cuales nunca pensaron que tendrían que hacerlo, y la lista de interlocutores sería interminable, porque cada libro y cada documento

habló, a su vez, con muchos otros, en un crecimiento exponencial. Pero, más interesante aún fue, que muchas personas vivas hablaron con otras, vivas o muertas, que nunca habían conocido.

Y es que hicimos un trabajo exhaustivo de revisión de fuentes primarias y de bibliografía secundaria, complementado con la realización de una serie de entrevistas a los actores vivos del proceso, que nos dieron datos, relatos e interpretaciones invaluable. Entre documentos (actas, cartas, apuntes personales, documentos oficiales de la EMCS y del gobierno, etc.), libros de diferente índole, y entrevistas y conversaciones con los actores, revisamos y citamos más de 700 referencias bibliográficas. Esto, para que todos esos documentos o esas personas nos contaran sus historias singulares o individuales, ocurridas en la corta duración de una vida humana; o su participación en historias coyunturales, colectivas o comunitarias, ocurridas en la mediana duración; o sus anclajes en historias estructurales o superestructurales, económicas, políticas, culturales e ideológicas (educativas, filosóficas, científicas, religiosas, militares, gubernamentales, estatales, etc.) ocurridas en la larga duración; todas ellas articuladas sincrónica y diacrónicamente en el tiempo y que, en conjunto, atadas entre sí, conformaron un proceso histórico concreto, como el de la historia que queríamos contar.

Nuestro libro es, pues, un murmullo, un diálogo imperceptible entre papeles, libros y personas, que copa toda la segunda mitad del siglo XX y las dos primeras décadas del XXI, en múltiples dimensiones, para tratar de dibujar y explicar la historia de una Facultad de Medicina. Es decir, parafraseando a Eco, “una cosa viva”, una cosa en movimiento que entiende que la historia no es historia si, más allá del relato, no da cuenta de los procesos que, en múltiples niveles, explican el porqué de los acontecimientos. Volvamos a recordar entonces aquello que dijimos en la PRESENTACIÓN de esta obra y nos guio desde el primer momento: la afirmación de Fernand Braudel, el gran historiador francés de la Escuela de los Anales, que decía “la historia es una canción que se puede cantar a varias voces” (Braudel, 1979).

Después de este balance, creemos que valió la pena hacer este proyecto y escribir este libro, que esperamos que, al leerlo, entusiasme también al lector y le facilite emprender ese mismo recorrido, y que, al terminarlo, pueda sentir la nostalgia que experimentó la profesora Latorre y decir:

“¡Esta bueno! Pero todavía queda mucho por decir, todavía hay mucho por investigar, todavía nos queda mucho camino por recorrer”. En todo caso, al menos una cosa sí nos queda clara y es que, de todas maneras, “el que lee un libro, nunca vuelve a ser el mismo”⁴.

Los autores

26 de junio de 2020

⁴ Refrán popular de autor desconocido, al menos, para nosotros.

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**

- 1762 José Celestino Mutis reivindica la importancia del pensamiento ilustrado de Bacon y de Newton. A través de sus lecciones inaugurales en el Colegio Mayor de Nuestra del Rosario, brindó importancia al estudio de la botánica, las matemáticas y la física o filosofía natural, como instrumentos base para el desarrollo del conocimiento científico. Ello permitiría que los criollos que asistieron a sus clases y participaron en la Expedición Botánica entendieran la importancia de la ilustración como base para el logro de la autonomía.
- 1801 José Celestino Mutis propuso la creación de la Cátedra de Medicina en el Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, la cual se abriría el 3 de octubre de 1802, bajo la regencia del propio Mutis y el profesorado de Miguel de Isla, su discípulo privado. Fue la primera cátedra ilustrada durante la época de la Colonia, que marcaría el desarrollo de las reformas sanitarias borbónicas en el Nuevo Reino de Granada y en América.
- 1846 Antonio Vargas Reyes, formado en la Universidad Central —de la cual hacían parte los Colegios del Rosario y de San Bartolomé—, se acerca al pensamiento anotomoclínico de la escuela francesa

- y propone reformas para la enseñanza de la medicina en la República de la Nueva Granada.
1852. Antonio Vargas Reyes crea *La Lanceta: periódico de medicina, cirugía, historia natural, química y farmacia*, primer órgano de divulgación de la investigación de la medicina clínica procedente de Europa, la cual daría las bases para la transformación del pensamiento crítico de la medicina.
- 1864 (6 de julio). Aunque el Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario se encontraba cerrado, Antonio Vargas Reyes continúa su actividad de divulgación científica a través de la *Gaceta Médica de Colombia*, buscando la creación de una patología médica nacional.
- 1957 Al final de la dictadura del general Rojas Pinilla, estudiantes del país, entre ellos algunos rosaristas, gestaron un movimiento orientado a brindar mayor importancia a la libertad de enseñanza y al desarrollo de la investigación, como bases para transformar la condición de subdesarrollo del país.
- 1965 (15 de junio). Restauración del estudio de la medicina. Monseñor José Vicente Castro Silva, en su calidad de rector, firma el convenio entre la Universidad del Rosario y la Sociedad de Cirugía de Bogotá para la enseñanza de la medicina en el Hospital San José. La Facultad abriría sus puertas a los estudiantes el 1.º de marzo de 1966.
- 1966 Creación de las facultades de Fisioterapia y Fonoaudiología, mediante convenio entre la Fundación Escuela Colombiana de Rehabilitación y la Universidad del Rosario. Tres años más tarde, se crearía la Facultad de Terapia Ocupacional. En su conjunto, se constituirían en los primeros programas de rehabilitación en el país, que liderarían el desarrollo de respuestas a las necesidades de la población con discapacidad en el país.
- 1972 (2 de noviembre). El Population Council, ofreció la suma de 30 millones de pesos para fomentar la investigación en control natal en la Facultad de Medicina, articulándose con las iniciativas de John D. Rockefeller III, para el control del aumento poblacional en América Latina.

- 1977 El consejo directivo aprobó la formación de la Unidad de Investigación y Adiestramiento en Biología y Fisiología de la Reproducción, mediante convenio suscrito entre el Hospital Militar central, la Facultad de Medicina de la Universidad del Rosario y el Centro Regional de la Población.
- 1989 Se estableció el área de citogenética, Carolina Gutiérrez de León y María Fernanda Gutiérrez, mediante el uso de técnicas de coloración Giemsa, realizaron los primeros diagnósticos del Síndrome de Down, el Síndrome de Turner y Klinefelter y cultivos cromosómicos de leucemia.
- 1997 (Enero). Bajo la Rectoría de Mario Suárez Melo, se crea el Instituto de Ciencias Básicas, dirigido por Ciro Casadiego, que buscó la integración del conocimiento procedente de las ciencias básicas, brindando las bases de una reforma curricular y una orientación hacia el desarrollo de la investigación en la Facultad de Medicina.
- 1997 Se crea la Facultad de Rehabilitación y Desarrollo Humano, articulando los desarrollos conceptuales y prácticos de los programas de pregrado en Fisioterapia, Fonoaudiología y Terapia Ocupacional, que llevaría al planteamiento de un núcleo común de formación y a la identificación de sus intereses de investigación.
- 1997 Ovidio Oundjian Besnard, a través del Centro de Investigación, Estudio y Consultoría de la Universidad del Rosario, motiva la formulación de los primeros grupos de investigación en la Universidad del Rosario, adoptando los lineamientos de COLCIENCIAS. Se crea el cargo de jefe de investigación de la Facultad de Medicina, nombrándose al endocrinólogo rosarista William Rojas García. Posterior al traslado a la Quinta de Mutis, el doctor Rojas continuaría trabajando en el Hospital San José y la jefatura de investigación de la Facultad es asumida por el ginecólogo Jaime Ruiz Sternberg y el deportólogo John Duperly Sánchez. Para ese mismo año, se desarrollan las primeras investigaciones sobre fibrosis quística a cargo de Carlos Martín Restrepo y sobre injertos patelares por parte del ortopedista Édgar Muñoz.
- 1998 La Universidad toma la decisión de transformarse en una “Universidad de docencia que hace investigación”, se motiva la creación

- de líneas y Grupos de investigación en las distintas unidades académicas. Las facultades de Medicina y de Rehabilitación y Desarrollo humano crean sus primeros grupos de investigación, reconocidos por COLCIENCIAS.
- 1999 Finalización del convenio entre la Universidad del Rosario y la Sociedad de Cirugía de Bogotá para la formación de médicos. La Universidad asumió de manera independiente el liderazgo del proceso de formación de sus estudiantes de medicina en asocio con un conjunto de instituciones prestadoras de servicios de salud de reconocida trayectoria como la Fundación Cardioinfantil, la red de prestadores de servicios de Colsubsidio, el Hospital San Rafael, el Hospital Occidente de Kennedy, el Hospital la Samaritana y la Clínica Misael Pastrana Borrero.
- 2002 (Octubre). Inauguración del Centro de Investigación Clínica-CICUR, el cual mediante investigación contratada centraría sus esfuerzos en la investigación del virus del papiloma humano, causante de una de las primeras condiciones de mortalidad en la mujer, como lo constituye el cáncer de cuello uterino.
- 2002 Emilio Quevedo orientó la investigación *Historia de la Facultad de Medicina* como investigador asociado del Centro de Investigación y Estudios y Consultorías de la Universidad del Rosario y, en conjunto con el profesor Camilo Duque Naranjo de la Universidad El Bosque, elaborarían el primer tomo de la colección Cuadernos para la Historia del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, titulado *Historia de la Cátedra de Medicina en el Colegio Mayor del Rosario durante la Colonia y la República 1653-1865*.
- 2002 Creación de la *Revista Ciencias de la Salud*, bajo la dirección del Dr. Alberto Vélez van Meerbeke. Desde su primer número publicado en 2003, se planteó como propósito visibilizar los resultados que, en materia de ciencia y tecnología tenían los miembros de la comunidad académica de las Facultades de Medicina y de Rehabilitación y Desarrollo Humano, así como generar interlocución con otros investigadores externos. Durante su desarrollo, ha logrado su indización en diferentes bases de como Scielo Citation Index, Scielo Colombia, Index Copernicus y Redalyc, entre otros.

- 2005 (8 de febrero). La Universidad del Rosario y la Corporación de Investigaciones Biológicas (CIB) suscribieron un acuerdo de asociación para promover el desarrollo de la investigación científica de alto nivel en el país.
- 2005 Acto académico para la presentación oficial del Programa de Psicología, el cual se constituiría en el primer programa de la Universidad con doble titulación académica, en este caso, con la Università degli Studi di Bologna. Su dirección fue encomendada a la psicóloga María Isabel González.
- 2007 Creación del Centro de Estudio de Enfermedades Autoinmunes (CREA), bajo la orientación científica del Dr. Juan Manuel Anaya. El CREA tiene dentro de sus intereses el desarrollo de proyectos de investigación traslacional orientados al estudio de enfermedades crónicas no transmisibles, principalmente en Enfermedades Autoinmunes. De igual manera, desde su creación ha participado en procesos de formación posgradual de avanzada, la producción de un alto número de productos de ciencia y tecnología con impacto nacional e internacional y el desarrollo de distintas estrategias de difusión del conocimiento producido.
- 2007 El Programa de Psicología de la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, bajo la dirección del Dr. Andrés Manuel Pérez Acosta, asume la publicación de la revista *Avances en Psicología Latinoamericana*, la cual, durante 25 años, había sido producida por la Fundación para el Avance de la Psicología. Con el cambio a la Universidad del Rosario, la revista aumentó la periodicidad de sus publicaciones e incrementó su liderazgo en la región. La revista se encuentra indizada en distintas bases de datos nacionales e internacionales como Scopus, SJR, Redalyc.org, Scielo, DOAJ, Latindex, entre otros.
- 2004-2007 Participación en la primera fase del Proyecto Tuning Latinoamericana, así como en la segunda durante 2011-2013.
- 2007 Participación en el Proyecto de cooperación TRAMA (Training in Motion Análisis), Programa ALFA II, que logró la conformación de una red internacional en análisis del movimiento a nivel clínico y ocupacional, vinculando a Instituciones universitarias

- de Europa y América Latina y contó con el financiamiento de la Comunidad Económica Europea. En Colombia, el proyecto fue dirigido por el profesor Juan Castillo, del Grupo de Investigación en Salud, Cognición y Trabajo.
- 2008 (1.º de mayo). La Universidad del Rosario, la Orden Hospitalaria San Juan de Dios y la Caja de Compensación Familia Compensar inauguraron el Hospital Universitario Mayor (antigua Clínica San Pedro Claver) y el Hospital Universitario Barrios Unidos (Antigua Clínica Misael Pastrana Borrero), dando origen a la Corporación Hospitalaria Juan Ciudad, posteriormente denominada “Méderi”, que se constituyó en la mayor red hospitalaria universitaria privada en el país y en el principal centro de práctica de los estudiantes de los programas de Medicina, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Fonoaudiología, Ingeniería Biomédica y Psicología.
- 2008 (4 de agosto). Creación del Doctorado en Ciencias biomédicas y Biológicas entre la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud y la Facultad de Ciencias Naturales y Matemáticas, que contó con el respaldo de los grupos de investigación de las dos unidades académicas y de las alianzas estratégicas con la Corporación para Investigaciones Biológicas, la Fundación Instituto de Inmunología de Colombia y el Centro Internacional de Física.
- 2008 Se obtienen fondos del Séptimo Programa Marco de la Comisión Europea para el desarrollo del proyecto Equity LA, que mediante la asociación entre dos socios europeos (Consorcio de Salud y Social de Catañula y el Instituto de Medicina Tropical Príncipe Leopoldo) y dos latinoamericanos entre ellos la Universidad del Rosario, buscó analizar el impacto sobre la equidad de acceso a redes integradas de servicios de Salud (2009-2013). Posteriormente, en año 2012, se lograría la financiación para el proyecto Equity LA II, también con recursos del Séptimo Programa Marco de la Comisión Europea, que durante el período 2013-2019 analizaría estrategias de integración asistencial en diferentes países de América Latina. En Colombia, este proyecto ha sido liderado por la Dra. Amparo Susana Mogollón Pérez, del Grupo de Investigación en Ciencias de la Rehabilitación.

- 2009 (27 de marzo). Firma del Convenio de apoyo interinstitucional entre la Universidad del Rosario y la Fundación Instituto de Inmunología de Colombia (FIDIC), que ha permitido el fortalecimiento de la investigación básica en enfermedades infecciosas, con proyectos de alta envergadura, como lo constituye el desarrollo de la vacuna contra la malaria por *Plasmodium falciparum* y de otras vacunas sintéticas contra otras enfermedades como la malaria por *Plasmodium vivax*, leishmaniosis y tuberculosis. De igual manera, ha sido fundamental para apoyar la formación posgradual de avanzada en las áreas de ciencias básicas y biomédicas y para la producción de un elevado número de publicaciones en revistas científicas de alto impacto a nivel internacional.
- 2009 (1.º de junio). Traslado del Grupo de Estudios Sociales de las Ciencias, Las Tecnologías y las Profesiones desde la Universidad Nacional a las Escuelas de Medicina y Ciencias de la Salud y la de Ciencias Humanas, para inaugurar una línea de investigación en esa temática en ambas Escuelas. A partir der ese momento, la Universidad acogerá en su seno la investigación para producir los tomos III y IV del *Proyecto Historia de la Medicina en Colombia*, en cabeza de Emilio Quevedo como director del proyecto.
- 2009 (Julio). Creación de la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud (Decreto Rectoral n.º 1070 del 17 de julio de 2009), con siete programas académicos de pregrado. Como instancia encargada de la investigación se crea el Centro de Investigación en Ciencias de la Salud (CICS). Se da la expansión en el número de grupos y líneas de investigación reconocidos por COLCIENCIAS: NEUROS, GeniUros, FIDIC, CIB, Investigación Clínica, CREA, Salud y Trabajo, Salud Pública, Educación médica, Grupo de Estudios Sociales de las Ciencias, las Tecnologías y las Profesiones, Ciencias del Comportamiento, Rehabilitación e Integración Social de la persona con Discapacidad, Actividad Física y Desarrollo Humano, Individuo, Familia y Sociedad, Estudios Moleculares en Fibrosis Quística y otras Formas de Mucoviscidosis y Sistemas Tradicionales de Salud. El Centro de Investigación Clínica de la Universidad del

- Rosario (CICUR) se constituye en articulador de la investigación con el espacio interinstitucional de la red hospitalaria.
- 2009 Dando continuidad al proyecto de “Historia de la Facultad de Medicina”, Emilio Quevedo, como coinvestigador del CIEC, junto con Juliana Pérez González, historiadora de la Universidad Nacional, publica el 16 tomo de la colección Cuadernos para la Historia del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, titulado *De la restauración de los estudios de medicina en el Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario 1965-1969*.
- 2010 El programa de Medicina de la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, en conjunto con la Cancillería de la Universidad, lideraron por Colombia el proyecto Eracol, que, junto con el trabajo europeo liderado por el Erasmus University Rotterdam de Holanda, promovió la formación posgradual de avanzada del tipo maestrías y doctorados para un número cercano de cuarenta investigadores colombianos que adelantaron sus estudios en universidades europeas.
- 2010 Publicación del tomo III de la colección Historia de la Medicina en Colombia, titulado *Hacia una profesión liberal, 1865-1918*, bajo la dirección de Emilio Quevedo como director del Grupo de Estudios Sociales de las Ciencias, las Tecnologías y las Profesiones, en conjunto con 21 investigadores nacionales. Dicha obra cuenta con dos tomos previos, liderados por Emilio Quevedo, previo a su vinculación con la Universidad del Rosario. El primero de ellos publicado en 2007 *Prácticas médicas en conflicto, 1492-1782*, y el segundo publicado en el 2008 *De la medicina ilustrada a la medicina anatomoclínica, 1782-1865*, es considerada la mayor obra en su conjunta sobre la Historia de la Medicina en Colombia y América Latina, que contó con el financiamiento de la Compañía Tecnológicas.
- 2011 Creación del Programa de Ingeniería Biomédica, con titulación otorgada entre la Universidad del Rosario y la Escuela Colombiana de Ingeniería Julio Garavito; instituciones que cuentan con una amplia trayectoria en formación e investigación en las áreas de ciencias de la salud y la ingeniería y que al unir esfuerzos buscaron

- generar un perfil de egreso del estudiante centrado en procesos de investigación e innovación en las áreas de bioinformática, procesamiento de imágenes, genómica y proteómica e ingeniería de rehabilitación.
- 2013 Otorgamiento del Premio Bienal de Investigación Liborio Zerda 2011-2013, a la Dra. Ángela María Ruiz, del Grupo de Investigación en Investigación Clínica, por la propuesta presentada de *Proximidad entre la menarquia y la primera relación sexual y riesgo de neoplasia intra-epitelial cervical de alto grado (cin2/3) y adenocarcinoma in situ de cérvix*.
- 2013 Publicación del tomo IV de la colección Historia de la Medicina en Colombia, *De la práctica liberal a la socialización limitada 1918-1975*, bajo la dirección del Dr. Emilio Quevedo y su grupo de investigación. En la actualidad, el Grupo de Estudios Sociales de las Ciencias, las Tecnologías y las Profesiones da continuidad al proyecto de Historia de la Facultad de Medicina del Rosario, 1969-2019, ampliando sus perspectivas al estudio de las ciencias y otras profesiones. Desde 2013, el GESCTP, inició un macroproyecto de Estudios histórico-comparativos y transnacionales de la medicina y de la salud pública en América Latina, 1760-2020.
- 2014 Generación de la primera patente de la Universidad del Rosario otorgada por la Superintendencia de Industria y Comercio, a una silla especial para niños con enfermedad neurológica infantil (parálisis cerebral), diseñada por las profesoras Liliana Álvarez y Adriana Ríos, del programa de Terapia Ocupacional.
- 2015 El Dr. Paul Laussie, investigador del grupo GeniURuros, recibió el Premio Nacional de Investigación Básica en Medicina, reconocimiento que fue otorgado por la Academia Nacional de Medicina. Por su parte, los doctores Claudia Talero y Alberto Vélez, del Grupo de Investigación NEUROS, recibieron mención de honor por parte de la Fundación Alejandro Ángel Escobar, en el marco de los Premios Nacionales de Ciencias y Solidaridad, en el área de Ciencias Exactas, Físicas y Naturales, por las investigaciones *Caracterización clínica, familiar y molecular en población escolar bogotana diagnosticada con trastorno por déficit de atención e hiperactividad*

y Caracterización de niños y adolescentes con trastornos del espectro autista en una institución de Bogotá, Colombia.

- 2016 El semillero en Ciencias de la Rehabilitación, vinculado al Grupos de investigación en Ciencias de la Rehabilitación (SeCrea), que promueve la vinculación de estudiantes de los programas de Fonoaudiología, Fisioterapia y Terapia Ocupacional, ocupó el segundo puesto en el marco del Encuentro de Semilleros de Investigación de la Universidad del Rosario.
- 2017 (Febrero). Se firmó el acuerdo de cooperación con exclusividad para los programas de la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud entre la Universidad del Rosario y la Fundación Cardioinfantil, centro hospitalario de alto prestigio, acreditado por la Joint Commission. A partir de este acuerdo se establecieron las bases de cooperación para el desarrollo de la investigación, la docencia y la extensión a nivel conjunto.
- 2017 (Agosto). Creación del proyecto estratégico (estrella) de Medicina Traslacional, que dio lugar a la creación del instituto dedicado a la investigación en el área, en el cual se agrupan dos centros: el Centro de Estudio de Enfermedades Autoinmunes (CREA), liderado por el Dr. Juan Manuel Anaya, el cual se destaca por su liderazgo y visibilidad en la investigación en enfermedades autoinmunes, pero que también ha ampliado su espectro de estudio a las enfermedades Crónicas No Transmisibles mediadas por autoinmunidad, con un amplio reconocimiento de sus publicaciones internacionales; y el Centro de Investigaciones en Genética y Genómica de la Universidad del Rosario (CIGGUR) liderado por el Dr. Paul Laissue, que ha fortalecido sus investigaciones en las líneas en Genómica Funcional de Patologías Frecuentes, Genética Molecular del Cáncer, Farmacogenética, y tiene especial interés en el estudio del origen molecular de enfermedades asociadas a la reproducción humana, desórdenes cardiovasculares y cáncer para determinar nuevas opciones diagnósticas y terapéuticas. De igual manera, hacen parte de este proyecto el Grupo de Investigación en Neurociencias de la Universidad del Rosario (NEUROS), liderado por el Dr. Alberto Vélez, el cual ha incorporado en sus

investigaciones la línea de Enfermedades Crónicas No Transmisibles relacionadas con el Sistema Nervioso Central; el Grupo de Estudios en Microbiología Traslacional y Enfermedades Emergentes (MICROS), con una agenda hacia la investigación en enfermedades transmisibles y que es liderado por la Dra. Beatriz Gómez; y, finalmente, también participan de este proyecto estrella la Fundación Instituto de Inmunología de Colombia (FIDIC), como instituto adscrito, bajo el liderazgo de los doctores Manuel Elkin Patarroyo y Manuel Alfonso Patarroyo, quienes han tenido un trabajo exhaustivo en el ensayo de la vacuna COLFAV100 contra la malaria en Ghana y tienen una trayectoria investigativa internacional de larga data. Como propuesta de ampliación, de las líneas de investigación se vinculan los grupos de Investigación Clínica, liderado por la Dra. Ángela María Ruiz, y GIBIOME, que corresponde a investigación en Ingeniería Biomédica liderada por el ingeniero biomédico William Rodríguez. De igual manera, el proyecto busca vincular la investigación adelantada por los investigadores de los aliados estratégicos Fundación Cardioinfantil y Hospital Universitario Mayor Méderi. La creación del IMT ha facilitado la consolidación de laboratorios de investigación del más alto nivel, que le permitirán su participación en la agenda de investigación traslacional del ámbito internacional.

2017 (Marzo). Por primera vez en la historia de la medicina rosarista, esta aparece en los rankings QS. Un logro estratégico de la Universidad que le permite posicionarse cada vez mejor en el ámbito de la investigación internacional.

2017 (Octubre). Las profesoras Martha Rocío Torres, Eliana Vargas y Olga Vargas, del Programa de Fisioterapia de la EMCS, obtienen el primer puesto en el Premio Latinoamericano de Investigación Académica otorgado por el Centro Latinoamericano para el Desarrollo de la Fisioterapia y Kinesiología (CLADEFK) y el segundo puesto en la modalidad de investigación formal, otorgado por la Asociación Colombiana de Facultades de Fisioterapia.

2018 Creación del Instituto Rosarista de Estudios de Envejecimiento y Longevidad (IREEL), que buscará, mediante el fomento del

- trabajo interdisciplinario, agrupar los intereses de investigadores en el área de todas las facultades de la Universidad del Rosario, dando respuesta a las necesidades del envejecimiento en el país.
- 2018 Investigadores de la FIDIC, liderados por los doctores Manuel Elkin Patarroyo y Manuel Alfonso Patarroyo y el decano de la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, Gustavo Quintero, adelantaron gestiones entre los gobiernos de Ghana y de Colombia para dar inicio a los estudios preclínicos del prototipo de la vacuna colombiana contra la malaria, Colfavac y de los estudios clínicos Fase Ia en Colombia y Fase Ib en Ghana, los cuales se constituyeron en la posibilidad de contribuir a la reducción de una de las principales enfermedades que afecta a los países de baja y media renta en el mundo.
- 2018 Los estudiantes pertenecientes al semillero de investigación adscrito al Grupo de Investigación en Ciencias de la Rehabilitación participaron en distintos encuentros nacionales y obtuvieron reconocimientos a su labor. Dentro de los premios obtenidos se destacan: primer y segundo puesto, y tercera mejor presentación oral en el Congreso Internacional de Fonoaudiología, mejor póster en el III Encuentro de Semilleros de Investigación de la Universidad del Rosario, mención de honor por tercer puesto en póster en el Encuentro CYMED de Méderi.
- 2018 Las Dras. Ángela Ruiz, Lilia Virginia García e Inés Elvira Restrepo obtienen el segundo puesto en el Premio Latinoamericano de Investigación Académica otorgado por el Centro Latinoamericano para el Desarrollo de la Fisioterapia y Kinesiología (CLADEFK).
- 2018 Culminación del documento maestro del Doctorado en Investigación Clínica que buscará, en alianza con el programa de Doctorado en Investigación Clínica de la Universidad Johns Hopkins (USA), generar conocimiento en nuevas terapias y tecnologías que permitan el mejoramiento de la salud tanto a nivel individual como de las poblaciones. Este proyecto viene siendo desarrollado por las Dras. Ángela Ruiz y Ángela Pinzón, con la orientación del decano de la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, Gustavo Quintero.

- 2018 Se crean dos ecosistemas de investigación traslacional: uno que congrega los institutos, centros o grupos de investigación en ciencias básicas biomédicas y otro que congrega los institutos, centros o grupos de investigación en salud pública o de poblaciones, ambos bajo el techo por primera vez de una vicedecanatura de investigación y consultoría.
- 2018 Se inaugura el Laboratorio de Investigación en Microbiología Traslacional “Ángela Restrepo Moreno”, el más moderno del país.
- 2019 La investigación traslacional es una realidad al permitírsele a los grupos y centros del IMT hacer parte de la red hospitalaria Méderi, lo cual marca indudablemente el más grande avance de la investigación traslacional del país.
- Desde 2017, el Programa de Medicina de la Universidad del Rosario hace parte del índice QS en medicina; primero estuvo entre los primeros 500 programas de medicina del mundo; en 2018 quedó entre las primeras 450 y para 2019 está entre las primeras 400 facultades de medicina del planeta.

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 Cauca de Salud Pública/Universidad Libre, Cátedra de Salud Pública. Cali, Sociedad Valle Cauca 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 Caguán: 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; Saxenian, 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 Politica 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.^a 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 on 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 Derechos 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 21st 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 Velandia 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*. 3rd 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*. Atlampa: 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 Benjamín (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.^a 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*. 1st 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 Dineros*. Febrero. Recuperado de https://revistadineros.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 Barriga, 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.^a 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.^a ed. Washington: OPS/OMS.
- Kurlansky, Mark (2004). 1968. *El año que conmocionó al mundo*. Colección Imago Mundi-Volumen 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*. 2nd 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*. 3rd 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*. 1st 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.^a 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*. Albania, 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*. 1st 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). 32^a *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.^{ra} 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 Quinteiro 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 campedsinas 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. *Quipu-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 sociobistórico*. 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). *Méderi, 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 estres 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.
- 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.: Instituto 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.ª 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, 1292-1300.
- 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 las 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.^a 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*,

- AIAS 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; Aguía, Karen; Forero-Nieto, Sandra Liliana; Quintero Hernández, Gustavo; Espinosa-Aranzaes, 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.
- 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. 1st 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, 49th Sesion (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 I

Dedicatorias

Agradecimientos

Prólogo

Gustavo Adolfo Quintero Hernández

Presentación

Los autores

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

El panorama nacional e internacional entre 1958 y 1965

La instauración del Frente Nacional

La Alianza para el Progreso y sus reformas

Las reformas sanitarias de la Alianza para el Progreso

La Alianza para el Progreso y la educación médica

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

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

Las reformas sanitarias de Alberto Lleras Camargo

La reforma universitaria de Lleras Camargo

La reforma sanitaria durante el gobierno de Guillermo
León Valencia

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

La reforma universitaria durante el gobierno de Valencia

La reapertura de la facultad (1965-1969)

Orígenes y creación de la nueva Facultad

Primeros contactos y firma del convenio con el Colegio del Rosario

Escollos para la aprobación de la Facultad

Apertura de la Facultad

Visibilidad de la nueva Facultad

1969: ¡la primera crisis de la Facultad!

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

La modernización del Estado

La creación de COLCIENCIAS

El retroceso de la reforma universitaria

El estallido de la crisis y sus antecedentes

La obra de teatro y el control natal: ¿cuerpo del delito

o “florero de Llorente”?

La explosión del conflicto

La renuncia del decano y la huelga

SEGUNDA PARTE

CONSOLIDACIÓN Y DESARROLLO

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

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)

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

El plan de estudios inicial

Reconstrucción de los últimos semestres del plan de estudios

Creación de la Vicedecanatura y expresiones del movimiento estudiantil

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

La crisis del país y las dificultades económicas en la Facultad

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

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

La aprobación definitiva de la Facultad

Diseño e inicio del Internado Rotatorio en la Facultad de Medicina

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

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

La ampliación de los centros de práctica

Afiliación de los primeros programas de residencia a la Facultad

Creación de la “División de Educación Médica”
Graduación de la primera promoción de médicos
de la Universidad del Rosario
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
Nuevas expresiones estudiantiles y de los internos y residentes
La Universidad nombra nuevos miembros en el Consejo Directivo
de la Facultad
Modificaciones al proceso de admisión y a la política de becas
Impacto en el medio de los primeros egresados
Primeros intentos de investigación
Nuevas protestas de los estudiantes, de los internos
y de los residentes
Dificultades presupuestales, alza de matrículas, nuevas protestas
estudiantiles y la propuesta de crear una fundación de apoyo
a la Facultad
Crisis y reorganización del Departamento de Medicina Preventiva
Reorganización de la Cátedra de Introducción a la Medicina
Las reformas sanitarias del final del gobierno de Misael
Pastrana Borrero
El regreso del Partido Liberal al poder, la crisis del Estado
de Bienestar y el gobierno del presidente Alfonso López Michelsen
(1974-1978)
La crisis del Estado de Bienestar y el nacimiento del modelo
neoliberal
El monetarismo como fundamento del neoliberalismo
norteamericano y los inicios del modelo neoliberal
en América Latina
El proceso de penetración del modelo neoliberal en el país
El neoliberalismo restringido de López Michelsen
López Michelsen y la instauración definitiva de un Sistema
Nacional de Salud compatible con el modelo neoliberal

Protestas estudiantiles en la Facultad de Medicina del Rosario
en solidaridad con los estudiantes de la Facultad de Medicina
de la Universidad Nacional

Nuevo paro estudiantil en la Facultad de Medicina del Rosario
en solidaridad con los médicos del Seguro Social

La creación de la Fundación Facultad de Medicina

Legalización de la reglamentación estudiantil

Intento de reglamentación docente y composición del Consejo
Directivo

Proyectos de Investigación y propuestas de reforma curricular

La creación de la “Decanatura de Estudios” y la reorganización
de la Oficina de Educación Médica

De la presidencia de López Michelsen a la de Julio César Turbay
Ayala (1978-1982)

El florecimiento de la medicina privada

Simultáneamente otros vientos comenzaban a soplar
en la medicina mundial

Cambios por fuera de la Organización Mundial
de la Salud (OMS)

Cambios al interior de la OMS

“La Salud para Todos en el Año 2000” y la Conferencia

Internacional de Salud de Alma-Ata de 1978

Surgimiento de una nueva Facultad de Medicina en Bogotá,
orientada hacia la Medicina Comunitaria

El nacimiento de la Atención Primaria Selectiva de Salud

Final de la decanatura de Arturo Aparicio Jaramillo

Decanatura de Guillermo Rueda Montaña (1979-1984)

Posesión del nuevo decano

Reglamentos profesoral y estudiantil

El establecimiento de las áreas de influencia de la Facultad
en el marco del Sistema Nacional de Salud

Puesta en marcha de la propuesta de un currículo integrado

El final de gobierno de Turbay y los comienzos de la presidencia
de Belisario Betancur Cuartas

Firmes y la revista **Alternativa**

La toma de la Embajada, la Comisión de Paz y la elección
de Belisario Betancur como presidente

Modificaciones al Convenio entre la Sociedad de Cirugía de Bogotá
y la Universidad del Rosario

Reorganización de la Fundación “Facultad de Medicina
del Rosario”

Perfeccionamiento de los mecanismos de admisión y traslado
de algunos internos por problemas de orden público

Mejoramiento de la situación económica de la Facultad

El conflicto social y su impacto en las prácticas extramurales
del programa de internado de la Facultad

La Primera Reforma de COLCIENCIAS

Decanatura interina de Antonio Becerra Lara (1984-1988)

Fundación de la Asociación de Médicos Egresados

La Facultad se prepara para la reestructuración curricular:
la integración de las ciencias básicas

Renovación de la licencia de funcionamiento de la Facultad
de Medicina y nuevas exigencias del ICFES

Firma de nuevos convenios para la ampliación de los centros
de práctica

Creación del Comité Académico y reorganización de la Oficina
de Educación Médica

Ampliación de las posibilidades para el internado y reglamentación
de los postgrados

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)

Nuevas formas de comunicación

Los desarrollos de la política científica en el país durante
el gobierno de Virgilio Barco

La Facultad incorpora las nuevas orientaciones internacionales
en la investigación, en salud y en educación médica

Reformas de la estructura curricular de la Facultad

Reorganización de la Cátedra de Introducción a la Medicina
y reorientación del Departamento de Medicina Preventiva
La reforma de la Cátedra de Introducción a la Medicina
La reorientación del Departamento de Medicina Preventiva
Un nuevo actor en la salud internacional: el Banco Mundial
El Estudio Sectorial de Salud y la Ley 10 de 1990
Narcotráfico y guerrillas durante el gobierno de Virgilio Barco
 La narcoviolencia se agudiza
 Acuerdos de paz con el M-19 y negociaciones fallidas
 con las antiguas guerrillas
 Campaña electoral de 1989
La elección de César Gaviria Trujillo: neoliberalismo
y globalización de la economía
Final de la decanatura de Antonio Becerra Lara
Decanatura de Antonio Ucrós Cuéllar (1990-1992)
 La Constitución Política de 1991
 Continuación del desarrollo de la Salud Comunitaria
 La nueva reforma de COLCIENCIAS y la reorganización del Sistema
 Nacional de Ciencia y Tecnología
 El Programa de Ciencia y Tecnología de la Salud
 de COLCIENCIAS
 El Comité Curricular y el seguimiento sistemático de la Facultad
 Nueva crisis de las relaciones entre la Universidad y la Sociedad
 de Cirugía de Bogotá
Decanatura interina de Alfonso Tribín Ferro (1992-1994)
 La profundización de la crisis entre la Universidad del Rosario
 y la Sociedad de Cirugía de Bogotá
 El nacimiento del concepto de Salud Global
 ¿Otra vez el Banco Mundial? La Ley 100 de 1993 y
 sus implicaciones para los desarrollos de la Facultad
 La lenta agonía del programa de Atención Primaria Orientada
 a la Comunidad del centro de salud de Patio Bonito
 La etapa final del gobierno de César Gaviria Trujillo: repercusiones
 de la Constitución de 1991

La campaña electoral para la Presidencia de la República de 1994
y la elección de Ernesto Samper Pizano

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)

Ejercicio interno de revisión curricular para una futura
acreditación de la Facultad
Reorientación del Departamento de Medicina Preventiva
Redefinición de las relaciones entre el Colegio Mayor del Rosario
y la Sociedad de Cirugía de Bogotá
La búsqueda de un nuevo hospital
Reestructuración de la Facultad como consecuencia del Convenio
Traslado progresivo de la Facultad a la sede de la Quinta de Mutis
Redistribución de los estudiantes de la Facultad
Creación del Instituto de Ciencias Básicas, cambios curriculares
y establecimiento de nuevos convenios
Encrucijada frente a la baja demanda por parte de los aspirantes
al Programa de Medicina del Rosario
Nuevas modificaciones de los postgrados y del pregrado,
que reafirmaron la separación entre la Facultad y la Sociedad
de Cirugía
El giro definitivo de la OMS hacia la Salud Global
Últimas etapas del gobierno de Ernesto Samper
El conflicto político
El Plan de Desarrollo y su crisis
La arremetida de las FARC
El Sistema General de Seguridad Social en Salud y la crisis
de la salud pública
Samper entregó un país descuadrado
Andrés Pastrana Arango llega a la Presidencia:
un neoliberalismo conservador

Creación de la Escuela de Ciencias de la Salud y reubicación
de los estudiantes de las áreas clínicas

Traslado de las especialidades médico-quirúrgicas
a otros hospitales

Creación de los posgrados no médico-quirúrgicos

Desarrollos en la investigación

Crece el conflicto social y se abren las “Conversaciones de paz”

Cierre del primer gran período

Bibliografía

Esta obra, publicada en dos tomos, abarca desde abril de 1969 hasta junio de 2019, construye un relato que entreteje 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.