

Análisis de los procesos de institucionalización de la medicina preventiva en tres facultades de medicina de Colombia entre 1947 y 1965.

LAURA DEL PILAR CADENA AFANADOR

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA
Bogotá, 2007

Análisis de los procesos de institucionalización de la medicina preventiva en tres facultades de medicina de Colombia entre 1947 y 1965.

LAURA DEL PILAR CADENA AFANADOR

Código: 597348

Trabajo de grado presentado para optar al título de:
MAGISTER EN SALUD PÚBLICA

DIRIGIDO POR:

EMILIO QUEVEDO VÉLEZ

MD, PhD en Estudios Sociales de la Ciencia

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA

Bogotá, 2007

DEDICATORIA

A las estrellas de mi vida:

Mis padres, por su fe en mis capacidades

Mi amor, por el aprendizaje mutuo

Mis hermanos, por su apoyo incondicional

Mis sobrinos, la alegría de mis ojos

Mis amigos, por la vida compartida

A todos les debo ver siempre el sol

Aún en los días grises.

AGRADECIMIENTOS

Cuando inicie el trabajo, mi experiencia con la historia era limitada a lo visto en el colegio, por ello no tenía mucho conocimiento sobre lo amplio, ancho y profundo del campo cuando decidí guiar mi tesis por estos terrenos. Ha sido difícil por la falta de conciencia en la conservación de documentos importantes para las instituciones. Ha sido duro por lo arenoso del tema y lo coyuntural de algunas situaciones. Ha sido cruel por mi inexperiencia, que hasta ahora me permitió comprender que los textos en general tienen hasta tres escrituras, pero en historia son verdaderas construcciones que se pueden dar por “inauguradas” pero nunca finalizadas. Pero con todo, ha sido de las mejores experiencias que he tenido en mi vida, máxime por conocer sobre mi profesión y establecer tantos lazos de amistad, a quienes quiero hoy dar un agradecimiento con todo mi corazón, pues me han permitido ser mejor persona en este mundo.

Primero que todo, agradezco a la Universidad Autónoma de Bucaramanga, con quien estoy vinculada por el contrato de comisión de estudios, por todo el apoyo económico y de tiempo que me han brindado. También agradezco a las directivas de la facultad de medicina, al Dr. Luis Camacho, decano, a la Dra. Carolina Lacouture, coordinadora académica, la Dra. Norma Serrano, directora del centro de investigaciones biomédicas y al Dr. Luis Alfonso Díaz, mi querido mentor, por demostrarme su apoyo y confianza incondicional.

En segundo lugar, en orden de visitas, agradezco a las directivas de la Universidad de Caldas, a la Dra. Dolly Magnolia González, decana de la Facultad de Ciencias para la Salud. A la Enfermera Adielia Marín, jefe del departamento de salud pública, su secretaria y a todos sus docentes por su inmensa acogida y colaboración. A los Dres. Octavio Aldana, Eliécer Angel, Silvio Gómez, Humberto Montoya, Jorge Raad, Octavio Grajales por su tiempo y paciencia en ese viaje hacia el pasado. Agradezco a todo el personal del Archivo central de la Universidad, en cabeza del Licenciado Luís Fernando Sánchez, con quienes compartí jornadas de búsqueda muy gratificantes. También agradezco al personal del Centro de biblioteca e información científica Enrique Mejía Ruiz, de la Facultad de Ciencias para la Salud.

De igual forma a las directivas de la Escuela de Salud Pública de la Universidad del Valle, a su director, Carlos Osorio, a las secretarías, a los profesores, quienes me abrieron las puertas de sus historias y vivencias. Agradezco con inmenso cariño a los Dres. Helena Espinosa de Restrepo, Oscar Echeverri, Guillermo Llanos, Pablo Medina, Alfonso Ocampo, Vilma Risseto, Carlos Osorio, Hugo Hurtado y Rodrigo Guerrero, por permitirme explorar en sus memorias la historia viva de la salud pública. Al personal del Archivo Central de la Universidad, en especial a Oscar y Alex quienes sudaron polvo desde que nos conocimos. También agradezco al personal de la secretaría académica de la Universidad por permitirme recoger información en los libros de la Universidad. A la bibliotecóloga del Centro de documentación Edgar Muñoz Lalinde y al personal de la biblioteca tanto de la Universidad como de la división de ciencias de la salud. Hago mención especial de Manuel Llanos, de la oficina de prensa de la división de ciencias de la salud y a su colega Mónica, por facilitarme documentación. También agradezco inmensamente a Luis Aurelio Ordoñez por su apoyo en esta tarea compartida.

Agradezco a la Universidad del Cauca, al Dr. Alonso Arturo Ruiz, decano de la Facultad de Ciencias de la Salud, al Dr. Edgar Parra, jefe del departamento de medicina social y salud familiar y a todos sus docentes, quienes siempre me trataron como de la familia. A los Dres. Leiden Vergara, Cesar Tenorio, Pedro Sussmann, Román López, Efraín Zapata (Q.E.P.D), Julio Cesar Preafán, Edgar Penagos, Guido de Rosa, Rodrigo Solarte, Luis Herman Arias, Carlos Erazo, Jose Vicente Erazo y Hugo Hurtado, les guardo un inmenso cariño por compartir conmigo una etapa muy importante de sus vida y la despedida de un amigo. Además agradezco a los Dres. María del Pilar Guzmán y Marco Tulio Kimmel, quienes me facilitaron el contacto con la historia viva de la facultad. Al personal del Archivo Histórico de la Universidad por tener la paciencia de guiarme en el laberinto del pasado. Al personal de la biblioteca de la facultad que gentilmente me permitió acceder a los documentos.

Por último y nunca menos importante, a mis amigos Emilio Quevedo y Juan Carlos Eslava, por ayudarme a encontrar el camino hacia nuestras raíces. A Alba Lucía Vélez, Giovanni Apraez y Fernando Córdoba, por facilitarme los contactos con las universidades. A la familia Suescún y Valencia por abrirme lo más valioso que tiene el ser humano, su calida amistad. A todos mis amigos que llevo en el alma, por tener la paciencia de escucharme con el mismo cuento por mucho tiempo.

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
Dedicatoria	3
Agradecimientos	4
Tabla de contenido	6
1. El taller del historiador	8
1.1. ¿Cómo encontrar las llaves de la puerta?: Planteamiento del problema	8
1.2. Seleccionando la llave: Objetivos	11
1.3. ¿Es importante la llave de la medicina preventiva?: Justificación	12
1.4. Revisando los estantes del conocimiento: Estado del arte	14
1.4.1. Antecedentes del tema	14
1.4.2. Revisión de la literatura sobre los abordajes metodológicos utilizados	16
1.5. Poniendo lo necesario sobre la mesa: Conceptos teórico-metodológicos	25
2. El primer pilar: El concepto de medicina preventiva	32
2.1. Definiciones y conceptos de medicina preventiva	32
2.2. Conferencias internacionales sobre la integración de la medicina preventiva y la educación médica	38
2.3. Educación médica y medicina preventiva en Colombia	47
3. El segundo pilar: La lucha entre payaneses y antioqueños en la Universidad del Cauca (1947-1964)	63
3.1. Las dos épocas de la facultad de medicina	63
3.2. Los primeros años de la facultad de medicina	67
3.3. El impacto de los seminarios de educación médica	69
3.4. Una crisis institucional y el verdadero inicio de la medicina preventiva	77
3.5. Los payaneses recuperan el poder	87
4. El tercer pilar: La lluvia de dólares en la Universidad del Valle (1949-1964)	93

4.1. Inicios de una gran idea	93
4.2. Las innovaciones de la nueva facultad	96
4.3. El departamento de medicina preventiva	101
4.4. Promoción de los programas de medicina preventiva	111
5. El cuarto pilar: Pueblo pujante en la Universidad de Caldas (1949-1966)	116
5.1. Fundación de la facultad	116
5.2. Los primeros pasos hacia la departamentalización	120
5.3. Consolidación de la medicina preventiva: la influencia antioqueña y caleña	126
5.4. Relevo generacional: un cambio en la mirada de la medicina preventiva	134
6. Conclusiones: adobes para el inicio de nuevos proyectos	139
7. Referencias bibliográficas	147

1. EL TALLER DEL HISTORIADOR

Este trabajo pretende caracterizar el proceso de creación e institucionalización de la medicina preventiva en las facultades de medicina de la Universidad de Caldas, de Cauca y del Valle; describiendo cómo se inició la enseñanza y cómo se crearon los departamentos de medicina preventiva. De la misma forma, en esta investigación se analizan los actores, instituciones y factores locales y nacionales que estuvieron involucrados en este proceso. Este proyecto está inscrito en el Grupo de Historia de la Medicina y la Salud en la Línea de Investigación de Historia de la Medicina y la Educación Médica del Centro de Historia de la Medicina Andrés Soriano Lleras de la Universidad Nacional de Colombia.

1.1. ¿Cómo encontrar las llaves del taller?: Planteamiento del problema

Cuando estaba estudiando medicina, siempre me llamó la atención el hecho de que la disciplina de la salud pública era un área de conocimiento subutilizada. En mi parecer, esta subutilización acarrea parte de las fallas en el manejo de los pacientes: su no asistencia oportuna al servicio de salud, el empeoramiento de sus patologías, la no toma de medicamentos y la no puesta en práctica de medidas preventivas. Además, mucho se hablaba de vida saludable pero poco se enseñaba y menos aún se aplicaba, restringiéndose principalmente a dar recomendaciones sobre practicar algunas medidas dietéticas y realizar actividades físicas. Estos aspectos me llevaron a la siguiente inquietud: ¿Por qué los estudiantes de medicina, y aún más sus profesores, no tienen en cuenta la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y toda clase de medidas de salud pública?

Durante la exploración de esta primera inquietud se plantearon varios caminos. Desde la educación, como la exploración desde la construcción curricular, los modelos de enseñanza y las relaciones docente-estudiante. Desde la salud pública, comprendiendo los desarrollos conceptuales en cuanto a la prevención y la promoción, y las estrategias en educación superior. Desde la historia, analizando la inserción de la salud pública en el plan de estudio de pregrado de medicina. Este último me llamó la atención porque permitía comprender como se fueron dando los procesos de inserción de los conceptos de la medicina preventiva y salud pública en los planes de estudio y la creación de dichos departamentos, para comenzar a visualizar posibles problemas o fallas que favorecieran la situación

que se vive actualmente. Bajo esta perspectiva, y tomando como referencia los trabajos sobre el tema, se propuso como periodo a estudiar el comprendido entre 1948 y 1962, el cual no era rígido, sino dependiente de los eventos encontrados durante el trabajo de campo (Quevedo et al., 1990).

Hacia la década de 1930, en Estados Unidos se empezó a formar una mayor comprensión de los procesos de salud y enfermedad y de los mecanismos de atención médica. Un ejemplo de ello fueron las propuestas de Sigerist, quien planteó que la medicina debía ser promocional de la salud, preventiva, curativa y rehabilitativa, sustentado en la necesidad de comprender las condiciones de salud de una sociedad de forma integral (Sigerist, 1955, 1: 7-8). Posteriormente, en las décadas de 1950 y 1960 se fueron consolidando los conceptos de la medicina preventiva, gracias al desarrollo de la teoría multicausal por MacMahon y la construcción de la teoría de la historia natural de la enfermedad por Leavell y Clark (Leavell & Clark, 1965 [1953]). Se puede decir que estos elementos dieron paso a la organización de una nueva disciplina, que, en palabras de Juan Cesar García, fue el principio de un nuevo paradigma que marcaría la enseñanza y práctica médica del siglo XX (García, 1994: 255-256).

En la revisión de la literatura sobre los inicios de la enseñanza de la medicina preventiva se encuentran pocos trabajos; en su mayoría son recopilaciones sobre la historia de las facultades de medicina que tocan tangencialmente el tema. Estos trabajos presentan diferentes enfoques metodológicos y exploran algunos elementos que aportan información relacionada con la creación de las facultades, el recuento de personajes y eventos importantes que facilitaron o entorpecieron la consolidación de las facultades, y en el mejor de los casos, muestran algunas relaciones entre las transformaciones en educación médica y los cambios acaecidos a nivel nacional, producto de negociaciones entre procesos internacionales, nacionales y locales.

Sin embargo, el enfoque metodológico desarrollado en estos trabajos no permite interpretar los cambios en los planes de estudio y la introducción de la medicina preventiva como concepto, como cátedra y ni como departamento, ya que este proceso no sólo fue producto de disposiciones internacionales, sino resultado de negociaciones que tuvieron apoyo en algunos grupos sociales y académicos del país y las regiones, quienes estaban de acuerdo con ciertas propuestas de Estados Unidos, una de ellas, relacionada con las reformas en la educación superior, que incluían la

introducción de la enseñanza de la medicina preventiva. Por tanto, es necesario tomar un enfoque metodológico que permita analizar los actores y sus relaciones en el campo de la educación médica y la enseñanza de la medicina preventiva.

Dadas las falencias de estos trabajos surgen nuevas preguntas de investigación: ¿cómo llegó la medicina preventiva a las facultades de medicina colombianas?, ¿cuáles eran los conceptos y modelo teóricos que trajo la medicina preventiva a la educación médica?, ¿cuándo y de que forma fueron llegando estos conceptos a cada una de las facultades de medicina colombianas?, ¿cuáles eran los intereses que estaban en juego y qué actores intervinieron en dicho proceso?, ¿cómo fue desarrollaron las negociaciones entre los actores?, ¿cómo se dio la creación de los departamentos de medicina preventiva en las Universidades colombianas?, ¿cómo se consolidó la medicina preventiva en Colombia y se transformaron los planes de estudio?, ¿cuál fue el impacto de estas transformaciones en las facultades de medicina?. Con ellas se puede ir centrando la pregunta principal de la tesis: ¿Cómo fue el proceso de institucionalización de la medicina preventiva?

Por otra parte, desde principios del siglo XX, se vivía en Colombia una marcada influencia de Estados Unidos en diferentes áreas como la economía, la política y la salud, entre otras. En este periodo de cambios, uno de los elementos que se transformó fue la educación médica, ya que, a través de ella, se pudo expandir el modelo de formación estadounidense a los futuros médicos colombianos, y así, reproducir su cuerpo de conocimientos. Fue en esta coyuntura que se realizaron dos visitas estadounidenses para analizar y proponer recomendaciones para mejorar la calidad de la educación médica (Humphreys et al., 1950, 10; Lapham; Goss & Berson, 1954, 4). En la segunda visita se hizo la recomendación vehemente para que se pusiera en práctica el modelo flexneriano, y con él, la organización de las facultades por departamentos, uno de los cuales sería de medicina preventiva (Lapham et al., 1954, 4).

Para esta época existían dos tipos de instituciones de educación médica. El primer grupo eran las facultades que ya estaban funcionando antes de las visitas estadounidenses (cuatro en total: Universidad de Antioquia, de Cartagena, Javeriana y Nacional), que debieron enfrentarse a un proceso de reevaluación curricular y cambios sustanciales desde los docentes hasta sus formas de enseñanza. El otro grupo correspondía a las tres facultades de medicina creadas entre 1948 y 1950

(Universidad de Caldas, de Cauca y del Valle), las cuales empezaron a incorporar las recomendaciones dadas por las visitas estadounidenses y reuniones colombianas en forma diferente a las anteriores, pues su proceso de organización administrativa y académica se trataba en un espacio sin antecedentes previos de buenos o malos resultados con una determinada estructura.

Sobre el proceso de transformación e inserción de la medicina preventiva en las facultades de medicina, se tiene mayor cantidad de trabajos relacionados con las Universidades antiguas o del primer grupo, ya que ellas eran las de mayor trayectoria en el país; pero se desconoce total o parcialmente el proceso en las Universidades del segundo grupo.

En este panorama se observa un vacío de conocimiento en el proceso de inserción de la medicina preventiva en la educación médica y la creación de dicho departamento en las facultades de medicina, mirado desde un análisis de la relación entre actores sociales, sus luchas, intereses y negociaciones. Tampoco se conoce este proceso en las tres facultades de medicina creadas en el período de influencia estadounidense en la educación médica. Con lo anterior se plantea como pregunta central de la tesis: *¿Cómo fue el proceso de institucionalización de la medicina preventiva en las Universidades de Caldas, Cauca y Valle?*.

1.2. Seleccionando la llave: Objetivos del trabajo

1.2.1. Objetivo general

Analizar el proceso de institucionalización de la enseñanza de la medicina preventiva en las facultades de medicina de las Universidades de Caldas, Cauca y Valle.

1.2.2. Objetivos específicos

1. Identificar las concepciones y los modelos teóricos en los cuales se basa la medicina preventiva.
2. Establecer los procesos por medio de los cuales se introducen al país las concepciones y los modelos teóricos de la medicina preventiva en el ámbito educativo.

3. Identificar los actores nacionales e internacionales que intervinieron en la concepción, conceptualización y caracterización de la medicina preventiva en Colombia a nivel educativo.
4. Caracterizar los procesos de lucha entre estos actores para institucionalizar la enseñanza de la medicina preventiva en pregrado.
5. Caracterizar la manera como los resultados de estas luchas se expresaron en los currículos de pregrado de estas facultades de medicina.

1.3. ¿Es importante la llave de la medicina preventiva?: Justificación

El concepto y la enseñanza de la medicina preventiva llegó a Colombia hacia mediados del siglo XX gracias al cambio del modelo francés de educación médica hacia el modelo flexneriano estadounidense. Este cambio se debió al aumento de las relaciones comerciales y económicas con Estados Unidos, lo cual facilitaba la consecución de becas para adelantar estudios en Universidades de éste país, ya fuera porque fundaciones como la Rockefeller otorgaba las becas, como por un mayor reconocimiento de la calidad de la educación médica estadounidense.

Después de la Segunda Guerra Mundial y la puesta en práctica del Plan Marschall, la educación médica tuvo un viraje mayor hacia el modelo flexneriano ya que no sólo los nuevos médicos fueron formados en este sistema sino que además, vinieron misiones estadounidense que analizaron cada uno de los programas de medicina y propusieron las reformas para adaptarlos al modelo estadounidense.

Por otra parte, la medicina preventiva era una disciplina que estaba surgiendo desde principios de siglo XX, como respuesta al modelo unicasal que no permitía comprender los diferentes aspectos que intervienen en el proceso de salud y enfermedad de las poblaciones, todo gracias a los adelantos en epidemiología, microbiología, parasitología y ciencias del comportamiento, que mostraban la importancia del ambiente sano y la prevención como mecanismos para mejorar las condiciones de salud de los individuos. Esta orientación, de mejorar las condiciones de salud y prevenir la enfermedad a nivel individual se fue insertando en el nuevo modelo de enseñanza médica, es decir el flexneriano, y cuando llegó a Colombia, se pudo generar la apertura de un departamento en

medicina preventiva, pese a que no fuera una recomendación directa de la primera misión estadounidense.

No obstante, existe poca información sobre el tránsito entre la enseñanza de la higiene a la medicina preventiva, y menos aún, sobre cómo fue el proceso de modificación del plan de estudios y la creación de dichos departamentos, información valiosa para comprender cómo fue la inserción de esta área de conocimiento, los intereses existentes y las negociaciones para la realización o no de este proceso.

En este marco de transformaciones curriculares se crearon tres facultades de medicina en Universidades públicas de la región suroccidental de Colombia: las Universidades de Caldas, de Cauca y del Valle. Sobre la facultad de medicina del Valle se han realizado algunos trabajos que muestran la forma de afrontar esta transformación y la incorporación de la medicina preventiva en el plan de estudio (Henaó, 1996, ; Orozco, 1984b). Sin embargo, sobre las otras dos facultades no se tiene información sobre medicina preventiva pero sí sobre la creación y organización de la facultad (Erazo, 2001, ; Henaó Toro, 1984, ; Mejía Rivera, 1994) . Con la revisión de estos documentos resulta interesante el estudio de estos tres casos, ya que aportaría información relevante para interpretar el proceso de institucionalización, pues las tres facultades tuvieron semejanzas en cuanto a ubicación geográfica y se abrieron durante una época de innovación académica; pero disímiles, por el modelo de organización y enseñanza implementado.

Por tanto, es relevante reconstruir el proceso de creación e institucionalización de los departamentos de medicina preventiva en las tres facultades de medicina creadas en los años cincuenta, para comprender la forma en que se dio, e interpretar de forma indirecta y con estudios posteriores, el papel que juega la medicina preventiva y la salud pública en la formación actual de profesionales en salud. Se espera interpretar los aspectos que marcaron que la medicina preventiva y la salud pública tuvieran impacto en el actuar médico y en los cambios de comportamiento de las comunidades, así como los elementos que entorpecieron una verdadera integración en el lenguaje y actuar médico que permitan dar luces sobre las mejores estrategias para reorientar la educación en estas áreas en las facultades de salud.

1.4. Revisando los estantes del conocimiento: Estado del arte

1.4.1 Antecedentes del tema

En forma breve se hará una revisión sobre los aspectos más significativos que permitieron la llegada de la medicina preventiva a Colombia, así como los relatos de algunas Universidades frente a este cambio.

Desde el siglo XIX, diferentes corrientes médicas estaban resaltando la fragilidad del modelo médico por estar centrado en la asistencia y curación de patologías, sin tener en cuenta las condiciones sociales, económicas y del ambiente que jugaban un papel importante en el proceso de salud-enfermedad. En este ambiente nació en Alemania una forma de la medicina social, en cabeza de Virchow, que tenía una orientación hacia la integración entre los problemas sociales y las condiciones de salud, pues para ellos estaban directamente relacionadas. El movimiento buscaba una integración entre las medidas estatales sobre economía y las medidas sanitarias, ya que al resolver los problemas de hambre y hacinamiento se lograba erradicar epidemias, mejorando la productividad. La filosofía del movimiento tenía un enfoque marxista que dificultó su continuidad y difusión nacional e internacional (Rosen, 1985).

En Francia, España e Italia se pensó la medicina social desde una perspectiva más higienista; es decir, se realizaban estrategias de erradicación de bacterias bajo la filosofía de manejo de enfermedades y el control de movimientos sociales contra los grupos aristocráticos. En Inglaterra se llamó medicina estatal, la cual buscaba desarrollar programas de asistencia a los pobres y, a su vez, hacer campañas sanitarias e higienistas, todas ellas buscando establecer una manera de coerción y control social a través de la institucionalización de organizaciones nacionales encargadas de dichas medidas. Estados Unidos recibió toda la influencia de estas corrientes de la higiene y salud pública, pero desarrolló durante el siglo XX la medicina preventiva, la cual tenía una mezcla entre medidas sanitarias hacia las zonas de producción comercial como puertos y plantaciones, y estrategias de control individual de factores de riesgo, realizadas en los centros asistenciales (Quevedo et al., 2004: 35-49).

Este ambiente de cambio llega a Colombia hacia mediados del siglo XX con el aumento de la preparación de profesionales en escuelas estadounidenses y latinoamericanas, entre otras. Esto se evidencia en la transformación del modelo de educación médica, que hacia mediados de 1930 seguía el modelo francés, ya que la mayoría de sus profesores eran médicos graduados de las Universidades europeas, principalmente de Francia y España. Pero desde 1950 se comenzó a seguir el modelo estadounidense de organización médica según el Informe Flexner. Este cambio se debió al aislamiento generado durante la Segunda Guerra Mundial, que obligó a los médicos colombianos a estudiar en Estados Unidos, además, se vio reforzado por la presencia de fundaciones estadounidenses en el país y las visitas médicas realizadas en 1948 y 1953.

El modelo francés desarrollado en la década de 1930, manejaba el concepto de higiene bajo una perspectiva fisiológica y con elementos etiológicos como la contaminación con agentes infecciosos transmisibles, para lo cual se utilizaba la vacunación junto con medidas de control público como el saneamiento ambiental (manejo de aguas y excretas, desarrollo de la red de alcantarillado y agua potable), el desarrollo de un ambiente sano, una dieta equilibrada, el buen vestir, el aseo y el ejercicio (Laín Entralgo, 1982 (1978)).

En Colombia se enseñaba una cátedra de higiene que tenía una orientación hacia la bacteriología, ya que se enfocaba no sólo en el control de focos infecciosos por medio de medidas sanitarias, sino también al manejo de medidas individuales. Esto se reflejaba en la cátedra de higiene que se enseñaba desde la biología y la fisiología en algunas facultades de medicina (Fishbein, 1949, 10; Vélez Escobar, 1950, 10; Vélez Escobar, 2005).

El modelo flexneriano propiciaba un mayor contacto de los estudiantes con los pacientes en el medio hospitalario, con ello buscaba aumentar la experticia clínica en la formación profesional. Paralelo a esta preocupación, veía importante que el estudiante tuviera suficientes conocimientos en las ciencias básicas para poder realizar una adecuada práctica; proponía un desarrollo amplio de ciencias básicas, una integración entre ciencias básicas y clínicas y un contacto de los estudiantes con los pacientes desde los primeros semestres (Flexner, 1912 [1912]).

Hacia mediados del siglo XX, la influencia económica estadounidense se fue aumentando en el país. Con ello llegó la medicina preventiva, disciplina que ya tenía aceptación en Europa y América por los avances obtenidos en epidemiología, microbiología y parasitología, que mostraban la importancia del ambiente sano y la prevención como mecanismos para mejorar las condiciones de salud de los individuos. Esta orientación, de mejorar las condiciones de salud y prevenir la enfermedad a nivel individual se fue insertando en el nuevo modelo de enseñanza médica, es decir el flexneriano, y cuando llegó a Colombia, se pudo generar la apertura de un departamento en medicina preventiva, pese a que no fuera una recomendación directa de la primera misión médica unitaria de 1948.

La mayoría de trabajos realizados sobre las facultades de medicina han sido reconstrucciones históricas, las cuales han tenido la intención de recuperar eventos y personajes que jugaron un papel importante en la fundación, consolidación y desarrollo de las mismas. No obstante, con estos trabajos quedan muchas inquietudes sobre la inserción de la medicina preventiva en los planes de estudio y las transformaciones que conllevó este proceso, como la creación de un departamento para esta disciplina.

1.4.2 Revisión de la literatura sobre los abordajes metodológicos utilizados

Metodológicamente los trabajos se pueden dividir en tres grupos: relatos históricos descriptivos, trabajos con enfoque positivista y estudios con enfoque social. El primer grupo hace referencia a textos que intentan contar de forma anecdótica, episodios de las facultades de medicina, siendo importantes en ellos personas, lugares y eventos; su fin es recordar acontecimientos importantes, que persisten en la memoria de las personas que los vivieron, como una forma de dejar un legado a las generaciones futuras, sin pretender explicar las características de los eventos, las posibles conexiones entre eventos ni el origen o motivador de cada transformación, razón por la cual se queda corto para proporcionar elementos más allá de los narrativos a este trabajo, pero permitiendo encontrar puntos de coyuntura necesarios para profundizar en pro de esclarecer la presente pregunta de investigación.

El segundo grupo o de enfoque positivista, se refiere a aquellos trabajos resaltan el evolucionismo científico como el mecanismo de construcción de conocimiento y en el cual, la identificación de personajes y sus aportes permiten caracterizar hitos de desarrollo que conllevan avances en la ciencia. Además, para ellos la realidad existe por sí misma y se puede conocer a través de la rigurosidad del método científico, de allí que estos trabajos se caracterizan por una búsqueda constante de documentos y relatos, los cuales, por medio de un análisis, les permitan acercarse a la verdad. Estos trabajos permiten ir un paso más adelante de los anteriores ya que intentar dar explicaciones a los cambios acontecidos en la educación médica, facilitando realizar análisis y establecer conexiones desde el modelo metodológico que seguirá este trabajo.

En el tercer grupo, de enfoque desde las ciencias sociales, se incluyen los trabajos de reconstrucción de procesos históricos interpretados a la luz de las transformaciones de la época, analizando relaciones entre instituciones sociales e incluyendo la categoría de actores sociopolíticos y no de individuos o personajes. Sin embargo, este grupo tiene escasos trabajos sobre educación médica o la salud pública a mediados de siglo XX, periodo donde se ubica el análisis de este trabajo, por tanto se resaltarán las ventajas metodológicas que aporta la utilización del modelo en el análisis histórico, así como el desarrollo del concepto de institucionalización.

A continuación se analizan algunos trabajos relacionados con la educación médica colombiana según estas tres categorías: descriptiva, epidemiológica y de enfoque desde las ciencias sociales, rescatando los elementos teóricos, metodológicos y de reconstrucción que permitan dar respuesta a la pregunta de investigación sobre la institucionalización de la medicina preventiva.

En la categoría de relato histórico descriptivo se ubica el texto de Edwin Maza, en el cual recuenta la creación y desarrollo de la facultad de medicina de la Universidad de Cartagena desde la época de la colonia hasta 1998. El autor realiza una reconstrucción descriptiva de los acontecimientos importantes para la facultad como el número de docentes, el número de estudiantes, el currículo académico y las reformas planteadas al mismo, así como las reformas internas y de influencia externa a la institución (Maza Anaya, 1998).

Es un estudio de carácter descriptivo, que, aunque se basa en fuentes primarias como los archivos, libros de actas del Consejo Directivo de la facultad, de resoluciones, de matrículas, de exámenes y tesis de grado, se limita a narrar los acontecimientos, dejando de lado un acercamiento analítico. Por ejemplo, comenta sobre la llegada de la segunda visita estadounidense (él llama segunda misión médica), pero no comenta los resultados, las modificaciones que causó o los personajes que estuvieron involucrados en esta visita (Maza Anaya, 1998: 92-93).

Otro autor que realiza este tipo de trabajos es Emilio Robledo. Él escribió varios textos sobre la historia cultural y la facultad de medicina de Antioquia y Caldas. Estos trabajos tienen la característica de contar con una base documental abundante, pues recoge documentos y testimonios de actores que vivieron en la época y estuvieron involucrados con la facultad de medicina. Sin embargo, se limita a hacer un relato de los personajes importantes y su labor en la construcción de instituciones culturales, sociales y políticas para estos departamentos; sin embargo, su trabajo no intenta establecer relaciones entre todos los eventos relatados, dejando al lector con la sensación de conocer los acontecimientos pero de forma inconexa (Robledo, ; Robledo, 1953).

El texto de Miguel María Calle, discípulo de Robledo, relata la creación de la facultad de medicina en la Universidad de Antioquia, desde la mención de algunos personajes importantes captados de la memoria colectiva de estudiantes y profesores, sin realizar una verdadera búsqueda de información (Calle, 1953).

El texto de María Teresa Uribe, se podría ubicar en el tercer grupo, ya que ella le dio un enfoque general que intenta mostrar que la creación de la Universidad de Antioquia ha sido el proyecto cultural y científico más importante de la sociedad antioqueña, buscando revelar la magnitud de la obra y la importancia que tuvo al ser un centro de encuentro de actores científicos, académicos, políticos y militares, los cuales jugaron un proceso de negociación para dirigir la institución educativa hacia los intereses individuales o colectivos. Todo lo expuesto, lo enmarca en seis etapas que establecen coyunturas institucionales y permiten un análisis global de la Universidad y su red de relaciones (Uribe, 1998).

A pesar de este enfoque, los relatos que conforman la obra son de múltiples autores y, por ende, no todos siguen la misma metodología. Tal es el caso de los textos sobre la facultad de medicina, realizados en su mayoría por Tiberio Álvarez, que se limitan a ser recuentos descriptivos de la creación de la facultad de medicina, los cambios curriculares y los personajes relevantes, dando especial importancia a relatos anecdóticos sobre estos personajes y los acontecimientos ocurridos en el hospital o las aulas de clase. Por ello se ubica la obra en el grupo de enfoque descriptivo pues la información que suministra no está suficientemente documentada y el manejo de las mismas no es analítico.

En el segundo grupo, de enfoque positivista, se ubican los trabajos realizados sobre la Universidad del Valle, tanto de Guillermo Orozco como de Oscar Henao. Orozco publicó dos textos, uno sobre la medicina en Cali, conmemorando los 450 años de fundación de la ciudad, y otro referente a la fundación de la facultad de medicina de la Universidad del Valle. En ambos textos se relata el nacimiento de la idea de crear la facultad y las dificultades y aciertos que tuvieron en el proceso, desde los médicos locales, los partidos políticos, los medios de difusión, hasta las instancias gubernamentales. Se basa en documentos institucionales tanto de la Academia de Médicos de Cali y de la facultad de medicina, como del periódico local y de su experiencia por ser un actor importante y haber vivido de cerca todos los eventos descritos (Orozco, 1984a, ; Orozco, 1984b).

El texto escrito por Oscar Henao realiza una descripción de la fundación de la Escuela de Salud Pública del Valle, la cual nace a partir del Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública de la facultad. En su recuento, también basado en documentos institucionales como en su experiencia personal, hace un análisis más detallado de la creación, funcionamiento, planes, proyectos y pormenores del departamento y de la escuela (Henao, 1996).

Ambos textos aportan luces importantes sobre la creación de estas instituciones, los actores que jugaron un papel preponderante, las relaciones con el poder estatal y académico, tanto nacional como internacional, y la influencia de fundaciones internacionales en la adaptación de nuevos modelos de enseñanza. Sin embargo, no describen a profundidad estas relaciones locales, nacionales e internacionales, ni el proceso de negociación del nuevo modelo educativo, y específicamente del

concepto de medicina preventiva, su significado y su campo de acción, así como su apropiación dentro del lenguaje académico.

Sobre Caldas también se encuentra el libro escrito por Rafael Henao Toro, titulado “Apuntes sobre la historia de la medicina en Manizales”. Es un trabajo que recopila datos, eventos y actores importantes para la medicina caldense. Dentro del libro hay un capítulo titulado “escuela de medicina”, en el cual relata de forma general su creación, sin entrar en detalles sobre los cambios acontecidos durante este tiempo. El propósito del autor es escribir un relato lo más cercano a la realidad del momento, sin detenerse a analizar o pasando por alto algunos eventos específicos como aquellos relacionados con la pregunta de investigación del presente proyecto (Henao Toro, 1984: 5-7). Con esto se resalta que Henao Toro cree en una realidad objetiva a la cual acceder a través de la rigurosidad del trabajo investigativo.

En este mismo tema fue publicado en libro “Apuntes históricos de la facultad de medicina de la Universidad de Caldas”, realizado en 1994 por varios docentes de la institución. Dicho trabajo tiene capítulos sobre la creación y organización de la facultad y de varios departamentos, pero no sobre medicina preventiva o salud pública. Aunque en general es un texto descriptivo y podría caer en el primer grupo, al tener muchas anécdotas en algunos de sus capítulos, en otros hace un esfuerzo de análisis de documentación, buscando conocer la realidad de los hechos. Un ejemplo de ello es el primer capítulo donde narra la creación de la facultad e intenta hacer un análisis sobre las decisiones tomadas en este período, los cambios y actores que jugaron un papel importante. No obstante, este esfuerzo está mezclado con algunos juicios de valor que le restan rigurosidad al resto del texto, así lo refleja la siguiente cita: “este esfuerzo titánico... no fue tenido en cuenta. De manera lamentable e insólita, se copiaron sin modificaciones, los planes de estudio de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional” (Mejía Rivera, 1994).

Siguiendo la misma línea, pero sobre la Universidad de Antioquia, aparecen los textos de Cecilia Serna de Londoño e Ignacio Vélez Escobar. El primero, reconstruye la creación de la ciudad de Medellín y su desarrollo hasta 1980; dentro del texto comenta la apertura y transcurso de la facultad de medicina y su desarrollo sin establecer relaciones entre estos procesos, sino como un evento que ocurrió en la ciudad (Serna de Londoño, 1984). El texto de Vélez Escobar muestra su experiencia

como estudiante, docente y director tanto de la facultad como de la Universidad, aportando su visión personal de los acontecimientos, realizando un trabajo de carácter biográfico (Vélez Escobar, 2005).

Hacia el 2001, y como requisito en el seminario de historia de la medicina preventiva y la salud pública de la facultad de medicina de la Universidad de Antioquia, varios estudiantes a cargo del profesor José Ignacio Sarmiento recopilaron información sobre el departamento de medicina preventiva y salud pública y sobre la Facultad Nacional de Salud Pública, enmarcado en un contexto nacional de salud y educación. El trabajo, aunque es preliminar y sigue una mirada de construcción evolutiva del conocimiento, es un referente importante para comprender las características del departamento, sus objetivos, organización, planes de estudio y sus principales personajes (Sarmiento, 2001).

Entre los trabajos con enfoque desde las ciencias sociales, es decir el tercer grupo de análisis, están los realizados por el grupo Historia de la Medicina y la Salud de la Universidad Nacional, cuyo investigador principal es Emilio Quevedo. Ellos, en un principio, reconstruyeron la institucionalización de la medicina en Colombia, trabajo que se recopila en los tomos Medicina I y II de la serie Historia Social de la Ciencia, donde parten de clasificar la salud bajo un concepto general (utilizando el enfoque de Canguilhem) y analizar el desarrollo del concepto y los eventos importantes que permiten ese desarrollo (desde la historia social de la ciencia), interpretándolo a la luz de cuatro aspectos: las ciencias que los fundamenta, la práctica médica, la investigación y la institucionalización (Miranda; Quevedo & Hernandez, 1993, VIII; Quevedo, 1993, VII).

Según este enfoque, la institucionalización es el proceso por medio del cual se construyen espacios donde la profesión se practica y se reproduce; es decir, busca comprender la consolidación de todas aquellas instituciones que permiten el desarrollo de estas dos funciones de la profesión médica como los hospitales, facultades de medicina y medios de comunicación. Su relación con el exterior se da como un proceso de negociación, donde el discurso técnico tiene un papel importante y marca diferencias de poder y legitimación. No obstante, durante el desarrollo del trabajo se ve un análisis más detallado de las relaciones entre agentes internacionales (específicamente la Fundación Rockefeller), las instituciones nacionales (Ministerios y Juntas de educación, agricultura e higiene),

y de forma tangencial, la creación de espacios de actuación que permiten la apertura de nuevas áreas profesionales y la demanda de nuevas formas de actuar del médico (Miranda et al., 1993, VIII; Quevedo, 1993, VII).

Más adelante, este grupo amplía su enfoque metodológico, el cual le permite analizar el cambio de concepción de la salud pública bajo la perspectiva de mundialización de la ciencia; es decir, que existen relaciones entre un centro que provee de conocimientos científicos, económicos y culturales, y la negociación que se hace a nivel local-periférico entre los desarrollos locales y los extranjeros. Este enfoque da relevancia a factores diferentes a la ciencia, como la geografía, la economía, la sociedad y la demografía, entre otros, inscribiendo la ciencia en una sociedad y que está en relación con los demás elementos que la componen (Quevedo & Duque, 2002, ; Quevedo & Hernández, 1994, Serie desarrollo de recursos humanos No. 101).

Posteriormente, enriquecen el enfoque adoptando los planteamientos teóricos de Bourdieu, a través del cual analizan las relaciones entre los elementos que componen la sociedad y sus procesos de negociación por medio de una perspectiva de campo, donde entran en juego actores cuyos intereses motivados por los capitales en juego, determinan el comportamiento y los resultados de dichas negociaciones. A pesar de ello, este trabajo no tiene en cuenta la educación en salud pública a nivel de postgrado ni pregrado; por ello, aunque metodológicamente aporta elementos de análisis de actores e instituciones, históricamente sólo da nociones generales del proceso educativo pues su objetivo era comprender la historia de las políticas en salud (Eslava, 1995, ; Eslava & García, 2003, 8; Quevedo et al., 2004).

En esta misma línea pero un poco más hacia la sociología de las profesiones, el trabajo de Juan Carlos Eslava examina el proceso de educación de la salud pública en el plano profesional. En su texto se plantea la institucionalización de la salud pública y su desarrollo como campo profesional. El autor parte de un concepto de profesión donde combina la propuesta de Bourdieu de campo de la salud pública, con sus instituciones, actores, luchas y “ganancias”, junto con la propuesta de Turner de entender la constitución de profesión como la identificación y consolidación de las relaciones entre cliente, patrono y experto, proporcionando cada paso un conocimiento o producción de un

saber, una reproducción del saber que les permite poder y una validación/legitimación del saber, según el orden inverso respectivo (Eslava, 2004).

Para el autor, el proceso de institucionalización refleja el proceso de construcción de una entidad-institución con espacio propio, identificable, y en medio del cual se dan relaciones de poder que construyen y reconstruyen sus valores. Este proceso permite identificar un campo construido por la relación entre los actores sociopolíticos y las instituciones existentes o de necesaria creación estableciéndose un “juego” de poder por la lucha de un capital sea simbólico o material, en medio del cual se desarrolla un proceso de legitimación del conocimiento, del poder y de los valores que se da por parte de los actores (Eslava, 2004, ; Téllez Iregui, 2002). No obstante, en el desarrollo del trabajo la aplicación se limita a describir la construcción del campo de la salud pública bajo dos miradas, los agentes extranjeros y su influencia en el desarrollo de instituciones nacionales generales como consejos o ministerios de higiene o salud pública, sin tener en cuenta el desarrollo específico de las Universidades y la educación en salud pública.

Otro autor que se puede ubicar en este grupo es Jaime Restrepo Cuartas, quien escribió un libro sobre el mismo tema (la facultad de medicina de la Universidad de Antioquia) y en el mismo año que el libro de Cecilia Serna. Sin embargo, Restrepo Cuartas le dio un enfoque diferente, pues intentó interpretar los procesos de cambio de la facultad mostrando el ambiente político y social en el cual se enseñaba medicina según el modelo francés y la transformación al modelo flexneriano. El análisis se hace desde un enfoque de lucha de clases sociales y de control hegemónico político que repercute en el ámbito educativo, por lo tanto, maneja de manera más ortodoxa un enfoque marxista de la historia. La limitación del trabajo reside en la falta de espacio para interpretaciones de carácter científico, académico y de actores locales, ya que, a pesar de analizar el impacto de la ciudad en la facultad, lo mira desde lo económico y no analiza los planteamientos científicos que se estaban gestando a la par (Restrepo Cuartas, 1984).

La red de investigadores sobre “La historia de la Universidad colombiana, 1774-1992” ha publicado una serie de cinco tomos donde recopilan los resultados de sus investigaciones así como las fuentes históricas y documentales halladas durante este proceso. En el tomo I se analizan las fuentes documentales recopiladas, resaltando los autores dos problemas fundamentales en este tema: la falta

de rigurosidad en los textos escritos, al ser en su gran mayoría realizados por protagonistas de los eventos pero sin conocimientos en metodología histórica, y la escasez de fuentes documentales para realizar estas investigaciones por la pérdida de material importante para la reconstrucción de los procesos ya sea por incendios, negligencia o por estar en fuentes “temporales” como anuncios, volantes o periódicos de corta duración pública y que no se guardan por considerarse de poca importancia histórica (Soto Arango, 1998).

En el tomo I aparecen dos textos que muestran aspectos interesantes a tener en cuenta sobre las Universidades de Cauca y Caldas, aunque no habla específicamente de las facultades de medicina. El primero, sobre la Universidad del Cauca, analiza la importancia de esta empresa educativa para la comunidad y el impacto que tuvo esta en su consolidación; sin embargo, se queda corto al no poder tener suficientes evidencias del sentir del pueblo, excepto por documentos institucionales y el periódico local (Valencia & Valencia, 1998, Tomo I).

En el segundo texto, sobre la Universidad de Caldas, el autor muestra la influencia de la población en su apertura, el papel jugado por el gobierno local y central, y los aportes de las clases pudientes de la zona en la cristalización del ese sueño, cuya necesidad estaba sustentada en mejorar las expectativas de vida de sus jóvenes, ahorrar dinero a las familias y brindar oportunidades a las clases menos favorecidas. Sin embargo, su análisis se queda en el nivel de poner en evidencia dichos actores pero sin develar sus intereses y negociaciones por falta de suficiente material para este tipo de análisis (Quintero, 1998, Tomo I).

A nivel internacional, sobresale el trabajo de George Rosen, quien hace un recuento de la historia de la salud pública donde incluye múltiples acciones ambientales, ingenieriles, sociales y médicas, cuyo fin es darle reconocimiento a la acción comunitaria promocional, preventiva y curativa. En su texto “A history of public health” interpreta la institucionalización de la salud pública bajo una perspectiva marxista, donde los adelantos en un área marcan el progreso de nuevos adelantos en la misma área y en otras áreas. Aunque el desarrollo del texto parece una lista de chequeo sobre los principales tópicos de la salud pública: el concepto de salud-enfermedad, la práctica médica, las enfermedades transmisibles, las medidas sanitarias, salubristas y comunitarias y la relación entre ciencias y disciplinas (Eslava, 2004); el autor intenta analizar esos adelantos a la luz de una lucha

entre clases e intereses económicos y su impacto en los adelantos o retrocesos científicos (Rosen, 1993 [1958]).

Otros personajes que se ubican en este enfoque son Elizabeth Fee, discípula de Rosen, y Roy Acheson. En el texto “A history of education in public health”, realizaron una recopilación de artículos que intentan mostrar las diferencias y similitudes de la educación en salud pública en Gran Bretaña y Estados Unidos. Aunque cada texto tiene su propio enfoque, en general intentan dar una visión panorámica del proceso y su relación con instituciones académicas, económicas, políticas y sus intereses en este campo científico. De esta manera, analizan la relación entre el proceso de industrialización, el tecnicismo científico y su poder en la organización social y de los sistemas de salud; las disputas internas del conocimiento y la institucionalización de la salud pública, la medicina preventiva y la construcción de identidad, interpretando el contexto sobre las relaciones económicas, dejando de lado las disputas científicas y académicas del desarrollo de la salud pública, la medicina preventiva y la disputa con otras áreas del conocimiento (Fee & Acheson, 1991).

1.5. Poniendo lo necesario sobre la mesa: Conceptos teórico-metodológicos

Después de ésta revisión bibliográfica y de los elementos metodológicos en los cuales se han apoyado los diversos autores, es necesario explorar el tema de la educación médica en salud pública a través de la interpretación de los actores, sus intereses y las relaciones que establecen para lograr obtenerlos. Con ello se puede interpretar la educación en medicina preventiva, no como un elemento independiente, sino como el resultado de una interacción entre campos sociales, políticos y económicos, los cuales conforman el contexto. Gracias a la interacción constante con los elementos intrínsecos al campo y la influencia de los campos contextuales, cada campo tiene su propia identidad, su propio espacio con normas, conductas y leyes que le dan autonomía, así como sus actores e instituciones (Bourdieu, 2003: 100-127).

El presente estudio utiliza el enfoque teórico-metodológico de Pierre Bourdieu, quien propone un análisis de los procesos sociales a través del concepto de campo social como un espacio donde se desarrollan tensiones y luchas por consolidar ganancias de diferentes tipos. Este enfoque permite interpretar la medicina preventiva como un campo social donde actores sociopolíticos intervienen

en la institucionalización de la medicina preventiva dentro de la estructura de la educación médica, permitiendo visualizar las tensiones, luchas e intereses de cada actor y los procesos de negociación que dan resultados diferentes en cada Universidad (Belmartino & Bloch, 1994, Publicación numero 40; Bourdieu, 2000 [1997], ; Bourdieu, 2003).

Para Bourdieu, el campo social se define como un espacio donde actores, sean agentes o instituciones, establecen relaciones objetivas de lucha, que están determinadas por los intereses en la consecución de capitales simbólicos o materiales. El resultado de la lucha es la producción, reproducción y difusión del capital (Bourdieu, 2000 [1997]: 74-75; Moreno & Ramírez, 2003: 16).

Los elementos importantes del campo son la existencia de un capital y la aparición de actores sociales que generan un proceso de tensiones y negociaciones. El capital hace referencia a las ganancias que se buscan y obtienen en la lucha dentro del campo; por tanto, el capital puede ser de varios tipos. Para efectos de este trabajo se resaltan dos porque se pueden identificar más fácilmente en el proceso de institucionalización. Uno es el capital simbólico que hace referencia al desarrollo académico, reconocimiento y poder institucional que obtienen los actores al permitir o no el cambio hacia la enseñanza de la medicina preventiva y del plan curricular. El otro tipo de capital es el material, haciendo alusión al dinero, salario o recursos físicos obtenidos o que se obtendrían según la posición que asuman y el resultado de las negociaciones.

Los actores sociopolíticos son sujetos, agentes o instituciones con intereses en el capital simbólico y material que está en juego en un campo específico, los cuales deben tener capacidad para participar en la lucha por obtener el capital. Según la capacidad del actor, sea política, económica o social, su influencia en el proceso de lucha y negociación repercutirá en el grado de ganancias a obtener. Estos actores pueden ser propios del campo, es decir, con conocimiento y trabajo directo en él, o de otros campos circundantes que están interesados en el capital en juego, o que están interesados en cierto tipo de organización social del campo. Estos actores también intervienen en el proceso de lucha y negociación, permitiendo que el campo sea autorregulado y regulado por procesos externos (Belmartino & Bloch, 1994, Publicación numero 40: 10-12; Bourdieu, 1990: 136-140; Bourdieu, 2000 [1997]: 89-96; Hernandez, 2004: 63-70).

En el caso del presente estudio se interpreta la formación en pregrado de medicina preventiva como un campo social en proceso. Los conceptos que están en juego en este campo, y que constituyen su capital simbólico, son la medicina preventiva, la salud pública y la medicina social; de esta forma el reconocimiento está determinado por la aceptación social del concepto que maneja el actor y la posición institucional que obtenga con él. El capital material se refleja en la consecución de recursos para las reformas en la facultad y el cargo docente que obtenga el actor. Los actores sociopolíticos que intervinieron en la lucha se identifican como los profesores de esta disciplina (actores específicos), profesores y personal administrativo de la facultad, la Universidad y otras Universidades y actores del campo político y económico, que tuvieron relación con la construcción e institucionalización de dicho campo.

Dentro de este grupo también se encuentran las instituciones internacionales que jugaron un papel importante en la transformación de la educación médica hacia el modelo flexneriano y facilitaron la expansión de los elementos para enseñar medicina preventiva en América Latina. Una de ellas era la Organización Sanitaria Panamericana, que hacia 1963 se transformó en la Organización Panamericana de la Salud. Ella, en sus dos momentos, estuvo promocionando múltiples seminarios y congresos sobre la enseñanza de la medicina preventiva. Otra institución era la Fundación Milbank, que hacia los años sesenta destinó recursos para estudiar la formación de personal en salud acorde con las necesidades económicas y sociales de cada país. Dentro de este grupo también se encuentran las fundaciones Rockefeller y Kellogg, quienes financiaron programas y facultades específicas.

El proceso de institucionalización se interpreta como la construcción y consolidación del campo de formación en pregrado de medicina preventiva a través de la creación y organización de los departamentos de medicina preventiva en las facultades. Con ello se intenta superar la visión institucional que limita su análisis a la estructuración de leyes, normas y conductas que marcan el actuar de individuos de una colectividad (Eisenstadt, 1979, 6; Selznick, 1996, 41). A cambio se propone interpretar la institución como la define Hahn: “Una institución científica es un yunque donde los valores de la ciencia y la sociedad son amoldados de una forma viable” (Tomado de (Figueiroa, 1991: 254), lo que permite comprender el proceso de lucha y negociación que lleva a la

organización de la institución, enmarcado en una realidad social que la delimita y le da su propia identidad, conservando rasgos de la sociedad en que se desarrolla.

Con esto se puede ver cómo la creación y organización de los departamentos de medicina preventiva respondería, de forma parcial o total, al desarrollo de cuatro funciones básicas de las instituciones, como propone Figueiroa: inquisición, adquisición, diseminación y educación. Las dos primeras hacen referencia a la esencia de la institución; es decir, el conocimiento y su capacidad de apropiarlo y transformarlo. El tercero a su capacidad de divulgación y, el cuarto, al entrenamiento. Las dos primeras funciones son las que se dan desde la apertura de cualquier institución, mientras que las dos últimas se logran con la consolidación y desarrollo de relaciones con otras instituciones (Figueiroa, 1991: 255-256).

Para el logro de este trabajo se realizó un estudio de caso con enfoque histórico, basado en el análisis de contenido de fuentes documentales primarias y secundarias. Este análisis estuvo orientado a través de las preguntas centrales o objetivos del estudio, las cuales permitieron identificar los intereses y las posiciones conceptuales y políticas de los actores, así como los procesos y mecanismos de negociación entre ellos.

Con respecto a las fuentes documentales se consideraron como primarias a aquellas que hacen referencia a aquellos documentos escritos durante el período a estudio, que provengan de los actores involucrados en el proceso y que relaten la situación. Estas a su vez se componen de fuentes escritas y fuentes no escritas como fotografías, objetos y entrevistas. Para el estudio se tomaron las actas de reuniones de consejos, de facultad, de departamento, y demás reuniones internas de la facultad; también la correspondencia de la facultad, memorandos, documentos técnicos e institucionales, reglamentos y entrevistas con personajes importantes de la época, las cuales fueron grabadas en cassettes y transcritas para analizar el contenido de lo comentado por el entrevistado. Las entrevistas se realizaron a todos los profesores que pertenecieron al departamento de medicina preventiva de cada facultad en el periodo a estudio, que estuvieran vivos y aceptaron participar. Además, se buscó el contacto con antiguos decanos o jefes de departamentos durante el periodo a estudio y que se encontraran dispuestos a colaborar.

Las fuentes secundaria son materiales que relatan de forma analítica y crítica un evento o situación a estudio, sea producida o no en la época del período a estudiar; es decir, producidas entre 1947-1965 o después, pero que analicen los acontecimiento de este período. En el trabajo se tomaron artículos, libros de texto, conferencias, reuniones de expertos y documentos afines, de los cuales se extractaron elementos que permitieron ser puntos de partida para buscar documentación primaria.

Durante el trabajo de campo se encontraron muchos problemas, principalmente por falta de documentación. En las tres Universidades existen archivos centrales; no obstante, su organización, calidad del material y cuidado de los documentos no estaba en las mejores condiciones. En una de las Universidades el archivo esta en proceso de construcción; por tanto, el acceso al material significó un trabajo rudo de manejo de cajas de bodega. La exploración de archivos personales fue un trabajo poco fructífero pues la mayoría de personas han perdido el material, las familias han vendido los libros a coleccionistas privados o está almacenado en espacios que requieren tiempo y dinero extra para hacer archivística.

Específicamente sobre las facultades de medicina y sobre los departamentos/escuelas, la información es aún más escasa. En el caso de la Universidad de Caldas la falta de documentos es probable que se ocasionara por los constantes cambios de sede, pues la facultad y el departamento de medicina preventiva iniciaron labores en el campus central, luego pasaron al hospital y, por último, llegaron a la actual sede. En este cambio, mucho material se extravió y otro probablemente quedo dentro del hospital, el cual se encuentra en proceso de reestructuración por lo que no se pudo tener acceso al mismo. A pesar de ello, algunas personas de la facultad hicieron un intento de selección de documentos importantes, los cuales fueron trasladados al archivo central de la Universidad y allí está en proceso de clasificación y organización. En cuanto a las entrevistas se pudo tener acceso a pocos personajes pues en su mayoría han muerto, y en algunos casos, los jefes de otros departamentos y antiguos decanos, estaban por fuera de la ciudad, lo cual dificultó su contacto y colaboración.

En la Universidad de Popayán existe un archivo histórico bastante organizado, en el cual se tiene acceso a documentación general como las actas del Consejo Directivo de la Universidad y periódicos locales. Sobre la facultad de medicina, el archivo tiene algunas actas de consejo y

algunos documentos de planes de estudio. En el departamento de medicina preventiva no hay documentación de este período, sino escaso material a partir de 1987; esto se debe a que el departamento, al igual que el de la Universidad de Caldas, tuvo varias sedes, iniciando en la actual facultad de Contaduría, pasando por el Centro de Salud del barrio Alfonso López, hasta llegar a la sede de Ciencias de la Salud. El número de profesores entrevistados en esta facultad fue mucho mayor, lo cual favoreció que la reconstrucción de realizara teniendo en cuenta varios puntos de vista, pues se tenía la versión de estudiantes, profesores de medicina preventiva y de otras áreas que vivieron en el periodo de estudio.

La Universidad del Valle tiene un archivo central en proceso de construcción, por tanto no esta organizado y la documentación se encuentra en cajas no marcadas en una bodega. En este sitio, con ayuda de monitores, se hizo una exploración y selección de materiales, que aportaron información al proyecto. En la Escuela, que tiene sede propia desde 1956, la información que existe se encuentra en el Centro de Documentación Edgar Lalinde; sin embargo, muchos trabajos y documentos institucionales se perdieron en el cambio de ubicación del Centro, y el archivo muerto con que contaba la Escuela sufrió una inundación que destruyó toda la documentación, y lo poco rescatado se encuentra en el centro de documentación. Sobre las entrevistas también fue difícil el contacto, pues la mayoría de los profesores de medicina preventiva que vivieron en la época ya han muerto, la información se obtuvo de antiguos estudiantes y profesores de otras áreas, así como profesores que llegaron al departamento pero en otros momentos, es decir, después de 1965.

Con este panorama se puede decir que se hizo el máximo esfuerzo por explorar todas las fuentes a las que se pudo tener acceso, buscando la mayor cantidad de sitios y personas que tuvieran algún tipo de documentación relacionada; sin embargo, la impresión es que se encontró todo lo que estaba al alcance y la segunda búsqueda implicaría en archivos personales o sitios muy puntuales de las Universidades con bajas probabilidades de logro.

En los capítulos siguientes se mostrarán los resultados encontrados en cada facultad. Los capítulos fueron titulados como pilares por hacer referencia al inicio de la construcción de la enseñanza de la medicina preventiva en Colombia. Es así como se considera un pilar o base el concepto de medicina preventiva y su llegada al país, y las tres restantes, cada uno de los procesos vividos en las

facultades de medicina de las tres Universidades. Al final se encuentran las conclusiones, que intentan exponer de forma concreta los hallazgos encontrados para dar respuesta a cada uno de los objetivos del trabajo de tesis. Además, se plantean algunos interrogantes que no se pudieron resolver dentro del proyecto y que pueden ser el punto de arranque para nuevos trabajos.

2. EL PRIMER PILAR: EL CONCEPTO DE MEDICINA PREVENTIVA

El primer pilar para llevar a cabo este trabajo es comprender el concepto de medicina preventiva y la forma como éste se ha introducido en nuestro país y específicamente en la educación médica, llegando a ocupar un lugar importante y generando múltiples congresos, seminarios y talleres en el período a estudiar. A continuación se desarrollarán cuatro elementos importantes, la definición, su inclusión en el modelo educativo, la visión internacional y la visión nacional de la medicina preventiva en la educación médica.

2.1 Definiciones y conceptos de medicina preventiva

Hay tantas definiciones de medicina preventiva como investigaciones se han realizado sobre el tema. Van desde las limitadas como la utilizada por Hilleboe y Larimore: “Es el aspecto de la práctica médica en el cual el profesional aplica a pacientes individuales conocimientos y técnicas de las ciencias médica, social y de la conducta para evitar enfermedades o impedir que progresen” (Hilleboe & Larimore, 1965: 3) o amplias y abstractas como la planteada por Leavell y Clark: “Acciones médicas destinadas a evitar la ocurrencia de la enfermedad, interrumpir el curso de la misma en cualquier etapa de su desarrollo, prolongar la vida y promover la salud y la eficiencia física y mental” (Leavell & Clark, 1965 [1953]: 10). No obstante, se pueden extraer elementos fundamentales que están presentes en el concepto como “acciones médicas” y “promoción de salud y prevención de enfermedad”, las cuales limitan su campo de acción hacia estrategias realizables en el consultorio (específicamente en la familia) y enseñables en una facultad de medicina.

La palabra medicina preventiva se usaba desde el siglo XIX; sin embargo, su concepto epistemológico se ha transformado gracias a los avances de disciplinas afines como la microbiología y la epidemiología, entre otras. En general se pueden ubicar tres concepciones diferentes. La primera, que predominó en el siglo XIX, estaba asociada con la teoría miasmática, y comprendían la medicina preventiva sinónima a la higiene; es decir, para ellos la idea de prevención estaba encaminada a evitar todos los agentes que produjeran procesos morbosos tales como las excretas, el agua estancada y los criaderos de animales. En este periodo las medidas preventivas eran más de tipo público, pues las que estaban encaminadas a mantener la salud de las personas

recibían el nombre de medida de higiene individual (Meredith Davies, 1973 [1966], ; Quevedo, 2004, 52).

Hacia finales del siglo XIX y principios del siglo XX, se inició la era bacteriológica gracias al descubrimiento de las bacterias como causales de enfermedades. Esto marcaría un cambio en las demás disciplinas porque dio paso al modelo unicausal de enfermedad, el cual comprendía que existía un solo agente responsable de una patología específica, por tanto la identificación de cada causa ayudaría a controlar la enfermedad. En este ambiente la medicina preventiva cambió de concepto y se enfocó hacia el manejo de medidas de erradicación, como las vacunaciones o las campañas sanitarias contra uncinariasis o fiebre amarilla, entre otras (Rosenau, 1917).

Fue bajo esta nueva concepción que se crearon varias instituciones, como la fundación Rockefeller y el Instituto Pasteur, que buscaban promocionar este tipo de medidas a nivel mundial, como un mecanismo alterno para facilitar la expansión de modelos económicos y políticos. Esto se daba gracias al impacto positivo que tenían en los indicadores de salud las medidas de control de enfermedades infecciosas, y de esta manera los gobiernos quedaban en deuda de gratitud a los estados o instituciones colaboradoras, favoreciendo los procesos de expansión (Birn, 2000, 31; Moulin, 1995).

Sin embargo, este modelo unicausal no permitía comprender la etiología de las enfermedades crónicas ni explicaba porqué, a pesar de las campañas de erradicación, las enfermedades infecciosas no se podían controlar totalmente. Los estudios epidemiológicos y en ciencias sociales dieron paso a una nueva teoría: la multicausalidad, a través de la cual se entendía la enfermedad como el resultado de una conjugación de factores de riesgo (MacMahon; Pugh & Ipsen, 1975). Paralelo a este descubrimiento, Hugh Rodman Leavell y Gurney Clark, dos epidemiólogos estadounidenses, profesores de la Universidad de Harvard, presentaron un nuevo modelo de comprensión del proceso de salud enfermedad. En este modelo se proponía comprender la enfermedad como un proceso dado por tres elementos que debían estar presentes, aumentando o disminuyendo el riesgo para tener un proceso morboso.

Fue así como identificaron tres factores indispensables: la presencia y características del agente patógeno, las cuales incluyen su virulencia y patogenicidad; la susceptibilidad del huésped, dado principalmente por sus factores genéticos e individuales que le favorecen o no el desarrollar la enfermedad, y las características del ambiente lo cual estimulaba que los dos anteriores estuvieran en contacto. Este ambiente, que fue el mayor aporte de este modelo, hacía referencia a las condiciones climáticas, de vegetación, de pobreza, de cultura, sociales y económicas, que marcaban la diferencia entre individuos susceptibles que adquirirían o no la enfermedad (Leavell & Clark, 1965 [1953]: 6-8).

En base a estos tres elementos que debían conjugarse para establecer un proceso morboso, ellos propusieron un nuevo modelo de interpretación de la enfermedad llamado “historia natural de la enfermedad”, el cual se divide en tres fases: La primera prepatogénica o preclínica en la cual se identificaba la relación de los tres elementos o factores de riesgo que iniciaron la enfermedad, pero aún el individuo no presentaba síntomas o signos clínicos que la revelaran; la segunda fase o clínica era el desarrollo clínico de la enfermedad, el cuadro semiológico y sintomático que permite su diagnóstico y manejo; la tercera o resolutive era la forma de desenlace del proceso, ya fuera con la curación, la discapacidad o la muerte según se diera las dos fases anteriores (Leavell & Clark, 1965 [1953]).

En este modelo, la medicina preventiva estaba ubicada en el desarrollo de medidas para actuar en la fase prepatogénica mediante el control de los factores de riesgo que fueran susceptibles de intervenir. Por lo anterior, el concepto de medicina preventiva cambia al centrar los esfuerzos no sólo en el agente sino en algunas cosas modificables de los individuos y del ambiente donde vive. Por ello su aplicación no permitía que se hiciera a través de medidas generales aplicables a toda la población sino por medio de programas específicos, identificando las características de cada caso, y por tanto, aplicables en el consultorio. De allí que se diferencie más de la Salud Pública, disciplina que sí debía estar encargada de las medidas generales poblacionales de erradicación, control y prevención, realizadas por medio de especialistas formados para desarrollar este tipo de intervenciones (García, 1994, ; Leavell & Clark, 1965 [1953]).

Antes de continuar es importante establecer la diferencia entre los conceptos de medicina preventiva, salud pública y medicina social, ya que cada una tiene impactos y concepciones filosóficas específicas sobre las que se apoya. Inicialmente se tomará una de las muchas definiciones que tiene cada concepto, tratando de mostrar a través de ella, los elementos más importantes que deja entrever el desarrollo filosófico sobre el cual se construye. La medicina social ha sido definida como “la rama de la medicina que se ocupa de las relaciones recíprocas que existen entre la enfermedad y la salud y las condiciones económicas y sociales de los grupos humanos” (Universidad del Valle & Fondo Universitario Nacional, 1955: 13). Y la salud pública como “la organización y dirección de los esfuerzos colectivos para proteger, fomentar y reparar la salud” (García, 1972, Publicación Científica No. 255: 87).

La medicina social nace desde el siglo XIX en Alemania en cabeza de Virchow, en reacción al paradigma biologicista de la medicina, proponiendo que se analizara el estado de enfermedad de las personas no sólo como una alteración anatomofisiopatológica, sino teniendo en cuenta las condiciones económicas, sociales y políticas, proponiendo que “la política no es más que una medicina a gran escala” (Rosen, 1985: 184). Sin embargo, esta revolución no tuvo un impacto transformador directo ya que implicaba una modificación importante en los sistemas de gobierno y en el pensamiento político. Hacia principios del siglo XX, el concepto se fue adaptando a los sistemas de salud, aunque de una forma menos rigurosa, lo cual favoreció el resurgimiento de la medicina social como una respuesta a la visión médica.

Hacia mediados del siglo XX, la medicina social ha tenido desarrollos en diversos países como Estados Unidos, Inglaterra, Alemania y América Latina; en esta última con mayor fuerza, pues permite comprender la realidad social y cultural del continente. Este nuevo pensamiento busca comprender el proceso salud-enfermedad desde el materialismo histórico, entendiéndolo como el resultado de la interacción del hombre con la naturaleza basado en su modo de apropiación y trabajo el cual está determinado por las fuerzas sociales y de producción. Por tanto, existe una multicausalidad pero no de agentes externos al individuo, sino de elementos de la infraestructura económica y de la superestructura ideológico-política que determinan sus condiciones de salud. Se puede decir que no existen individuos como seres aislados sino sujetos de una realidad histórica que

marca su propio actuar y a su vez está influenciada por su entorno local, nacional y global (Quevedo & Hernández, 1994, Serie desarrollo de recursos humanos No. 101; Rosen, 1985).

Por su parte, la medicina preventiva responde a una comprensión multicausal diferente, donde existen factores externos que afectan a cada persona de forma individual, por tanto, se pueden identificar y solucionar dentro de las capacidades del individuo y su grupo de apoyo. El enfoque multicausal nace del desarrollo de la epidemiología, al encontrar un proceso de causa-efecto en las enfermedades y a una organización estructural-funcionalista de la vida y la sociedad. Sin embargo, no es un proceso lineal y único, sino una mezcla de factores que Leavell y Clark agruparían en tres tipos. En este desarrollo conceptual identificaron elementos comunes a todas las enfermedades, construyéndose el concepto de historia natural y las fases de intervención, dentro de las cuales la medicina preventiva tiene un espacio específico de acción, aunque no exclusivo. Adicionalmente, con el desarrollo de la teoría general de los sistemas, el concepto tomó mayor organización, al comprender la enfermedad como un desequilibrio funcional del organismo, que se puede dar por un desequilibrio de la sociedad, al facilitar el aumento de factores de riesgo (Quevedo & Hernández, 1994, Serie desarrollo de recursos humanos No. 101).

La salud pública ha sido pensada desde el modelo multicausal epidemiológico, dándole su punto de impacto al desarrollo de acciones comunitarias. Por ejemplo, la definición de Winslow en 1920¹ la entiende como “el arte y la ciencia de prevenir la enfermedad, prolongar la vida y promover la eficiencia física y mental, mediante el esfuerzo organizado de la comunidad”; similar a la comentada anteriormente y cuyo fundamento sigue siendo el pilar de apoyo para el actuar del salubrista en nuestros días. El concepto de historia social de la enfermedad no ha permeado en su definición, pues en América Latina se sigue comprendiendo como “la ciencia y el arte de organizar y dirigir los esfuerzos colectivos destinados a proteger, fomentar y reparar la salud de los habitantes de una comunidad” (Molina, 1977: 10).

Con estos elementos se comprende que el objetivo de la medicina preventiva es la búsqueda del bienestar en términos del equilibrio corporal y con el entorno, controlando los factores de riesgo e

¹ Esta definición, según lo expresan Leavell y Clark, fue la base para que ellos construyeran el concepto de medicina preventiva.

interviniendo rápidamente sobre la historia natural de la enfermedad para disminuir la carga de la misma, haciendo mayor énfasis en la prevención de la enfermedad por ser el elemento más costo-efectivo, criterio que se incluirá en el concepto a partir del siglo XX.

La revisión de George Pickett (Pickett, 1977, 82), sobre la evolución de la medicina preventiva en Estados Unidos, permite comprender elementos importantes referentes a la transformación de la visión que se tiene sobre la práctica de la medicina preventiva en la sociedad. Es así que empieza mostrando como hacia finales del siglo XIX, gracias al inicio de la era bacteriológica, la medicina preventiva se interpreta como una “herramienta” para mejorar el vigor de la población productiva, evitar epidemias que afectaran tanto a trabajadores como a productores y que no entorpecieran la exportación; es decir, es un campo de la salud cuyo objetivo es erradicar las enfermedades, principalmente infecciosas, por medio de campañas de higiene y vacunación.

En la segunda fase, desarrollada en la primera mitad del siglo XX, apoyada en adelantos científicos realizados en los períodos entre las guerras mundiales, se centró la atención en enfermedades crónicas que empezaban a cobrar un alto impacto en la salud y producción de la sociedad; de esta manera, la medicina preventiva amplía el campo de acción. Paralelo se cambia la percepción de la intervención del estado en salud, comprendiéndose “salud como inversión”, es decir, si el estado favorece el tener individuos saludables, esto repercutiría en aumento de la producción y el dinero. Esta concepción cambia en la segunda mitad del siglo por la introducción en forma del sistema económico capitalista, donde la salud ya se convierte en una libertad del individuo, siendo cada persona la responsable de estar sano o no y de conseguir los recursos para obtener ese bienestar. La medicina preventiva juega un papel de proveer recomendaciones promocionales y evitativas para que la gente las ponga en práctica.

La primera fase corresponde realmente a una visión higienista más que preventivista, y su centro estaba en mantener las diferencias de clase. La segunda fase comprende la prevención como verdaderas medidas preventivas, con el apoyo estatal, propio de la economía keynesiana de este período. Es importante el individuo sano como generador de producción, y estos dos elementos son responsabilidad del Estado; por tanto, las campañas de vacunación y detección precoz de enfermedades comienzan a tener auge y financiación del presupuesto nacional. La tercera, propia de

la visión de medicina preventiva de Leavell y Clark, y que ha perdurado hasta nuestros días, continua la comprensión de la importancia del individuo sano, pero ya la responsabilidad es de cada persona, acorde con el modelo económico capitalista; o como explica Stieglitz desde 1945: “la salud es un privilegio y no como un derecho; por tanto, son los individuos quienes deben preocuparse por mejorar su salud y no el Estado quien debe financiarla” (García, 1994, ; Molina, 1977, ; Quevedo & Hernández, 1994, Serie desarrollo de recursos humanos No. 101; Stieglitz, 1945, # 4 The Commonwealth Fund).

2.2 Conferencias internacionales sobre la integración de la medicina preventiva y la educación médica

El tema de la enseñanza de la medicina preventiva en las escuelas médicas y de salud generó gran cantidad de debates a nivel internacional hacia mediados del siglo XX por tres razones que Gustavo Molina expone de forma clara: presión de autoridades y administradores de salubridad, deficiencia en la calidad de la formación de profesionales en salud y el cambio en la concepción educativa y de la sociedad. El primero hace referencia a la necesidad de nuevas formas de explicar y manejar las nuevas enfermedades, apoyados en los estudios epidemiológicos que facilitan la comprensión de factores de riesgo, abriéndose un camino poderoso para el desarrollo de prácticas preventivas.

El segundo está relacionado con el cambio de organización social, ya que la población comienza a tener control sobre sus necesidades y prioridades, solicitando que se creen líderes que ayuden a resolverlas, siendo el médico uno de los actores principales para esta transformación. El tercero, que el autor llama cambio de filosofía, responde más al cambio del modelo económico, que modifica la responsabilidad del estado en la salud y enfermedad de la población, convirtiendo a esta última en parte activa y libre para tomar sus decisiones sobre el campo de la salud, el bienestar y su vida (Molina, 1957, 36).

Con este panorama de “preventización” en varios campos de la vida, la educación médica jugó un papel importante al permitir la popularización del conocimiento en esta área y reproducir este y otros proceso de transformación social. Sin embargo, a continuación sólo se comentará el impacto

de la enseñanza de la medicina preventiva en la educación médica ya que este es el campo de análisis del trabajo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) fue la primera institución internacional que comenzó a resaltar la importancia de modificar la educación de profesionales de la salud, especialmente médico, hacia una orientación más preventivista. Este nuevo enfoque educativo se comienza a ver en las recomendaciones del Comité de expertos sobre educación profesional y técnica del personal médico y auxiliar realizados en 1950 y 1952, financiado por la OMS, y que motivó al desarrollo de múltiples conferencias y congresos (Autores Varios, 1957, ; Organización Mundial de la Salud, 1962).

La Oficina Sanitaria Panamericana estuvo liderando el proceso para el continente americano al crear una división de educación y adiestramiento, la cual se encargó de organizar, motivar y financiar este tipo de reuniones, ayudando a consolidar una guía de educación médica no sólo para medicina preventiva sino para las demás materias médicas y paramédicas. En este esfuerzo se apoyó en la Federación Panamericana de Facultades de Medicina (Fepafem) y, en el caso colombiano, en la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (Ascofame). Adicionalmente, ese tópico de educación contó con el apoyo de la Fundación Rockefeller, la Milbank Memorial Fund, y el Instituto de Asuntos Interamericanos, entre otras instituciones, que apoyaron algunos programas según el área de interés de cada una, y lo hicieron en momentos e instituciones distintas. Tal es el caso de la fundación Rockefeller que apoyó en muchas ocasiones a la facultad de medicina de la Universidad del Valle, desde sus inicios, pero intervino muy poco en la facultad de la Universidad del Cauca, principalmente hacia principios de 1960.

Como resultado de todo el creciente interés en el tema se llevaron a cabo varios seminarios de los cuales se resalta el I Congreso Panamericano de Educación Médica, realizado en Lima en 1950, donde se aprobó “Normar la educación médica hacia la medicina preventiva y social” para todas las facultades de medicina del continente. Esta conclusión fue ratificada en las recomendaciones de los congresos sobre la educación en medicina preventiva realizados en Colorado Springs en 1952 (para Norte América) y el de Viña del Mar en octubre de 1955 y Tehuacan en abril de 1956 (para Latinoamérica).

En Viña del Mar, Chile, evento al que no asistieron representantes colombianos, se dio la primera discusión sobre cuatro temas fundamentales: el programa y método de enseñanza de la medicina preventiva, la organización del departamento, las relaciones entre departamentos y la relación con instituciones de salud. Las conclusiones dejan ver una gran motivación hacia el cambio de orientación en la formación del profesional médico ya que promocionaron la prevención como una actitud del médico, así mismo, resaltaron que la medicina preventiva no era una cátedra sino un plan de estudios. Esta misma conclusión fue ratificada en el seminario de Tehuacan, donde asistieron un mayor número de Universidades, incluidas las colombianas².

Otro punto en común fue destacar que “el objetivo de enseñar medicina preventiva es que los estudiantes adquieran habilidades, actitudes y conciencia para promover, preservar y restaurar la salud” con todos los procesos que incluye cada fase, siendo muy importante la medicina preventiva para coordinar estas actividades, dejando claro que siguen el concepto de historia natural de la enfermedad y los niveles de atención médica de Leavell y Clark (OPS/OMS, 1957).

Por otra parte, en las conclusiones de los seminarios, propusieron organizar la enseñanza a través de asignaturas como estadística, epidemiología, saneamiento ambiental, ecología, antropología social, medicina ocupacional y conocimientos en organización de medicina sanitaria y asistencial. Estas asignaturas se darían de forma activa, donde primase el trabajo de laboratorio, la práctica y el trabajo de campo e investigativo sobre las clases teóricas, siendo profesores docentes de la cátedra, profesionales y expertos en las asignaturas y prácticas. Adicionalmente, plantearon crear convenios con los servicios locales de salud, instituciones y organizaciones comunitarias para poner nuevos retos y campos de práctica a los estudiantes (OPS/OMS, 1957).

En esta propuesta se rescataron experiencias educativas, principalmente de Estados Unidos, donde los estudiantes recibían conocimientos teóricos básicos para después desarrollar el curso de forma práctica por medio del conocimiento de la situación real de una población. Es decir, se da prioridad

² Universidad de Antioquia (*Ignacio Vélez, Héctor Abad y Víctor Betancur*), de Caldas (*Heinrich Seidel*), de Cartagena (*Enrique de la Vega y Guillermo de los Ríos*), de Cauca (*Gerardo Bonilla y Miguel Gómez*), Javeriana (*Alberto Duque y Benjamín Otálora*), Nacional (*Jorge Jiménez y Carlos Márquez*), del Valle (*Santiago Renjifo y Gabriel Velásquez*) y el director de la Escuela Superior de Higiene de Bogotá (*Héctor Acevedo Ardila*).

a estrategias como la asignación de una familia durante toda la carrera, a la cual debían hacer seguimiento social, médico, económico y rendir informes mensuales sobre las observaciones. Con esto buscaban acercar al estudiante a la realidad de la población tanto sana como enferma, y reconocer más fácilmente los mecanismos de intervención en promoción, prevención y rehabilitación (OPS/OMS, 1957). Estas y otras conclusiones y recomendaciones fueron analizadas en seminarios nacionales para la implementación en las Universidades de cada país; tal es el caso de Colombia, donde se tuvieron en cuenta en los dos seminarios de educación médica realizados en 1955 y 1957.

Otro evento internacional sobre el tema fue la reunión de expertos para estudiar los requisitos mínimos en la enseñanza de la medicina, organizado y financiado por la OMS en 1962. Uno de los puntos clave del consenso fue la inclusión de la enseñanza de la medicina preventiva en el plan de estudios, donde esta “se basa en un concepto fundamental, el de la ecología humana (relación mutua entre el hombre y su medio). Este concepto domina disciplinas tales como la bioestadística, la demografía y la epidemiología, y se aplica al saneamiento del medio, a la higiene de los alimentos, a la vivienda y a los programas sanitarios básicos...” (Organización Mundial de la Salud, 1962: 14). Además, la interpretaron como una herramienta para estudiar de forma adecuada la historia natural de la enfermedad ya que incluye conocimientos médicos y de ciencias sociales y facilita su integración con otras áreas médicas.

Para lograr esta integración recomendaron su enseñanza por docentes del departamento, aunque cualquier docente debía estar en capacidad de enseñar prevención en su área de experticia. De allí que se debiera tener cátedras en todos los niveles o semestres y fortalecerse durante las prácticas clínicas y siempre ser dada por medio de un proceso activo como trabajo en laboratorio y en campo. En cuanto a los cursos propusieron epidemiología, metodología de investigación, estadística, ciencias sociales (sociología, psicología social y antropología), genética, aspectos sociales, económicos y de organización de la asistencia médica y seguridad social, así como otras que determinaría cada facultad.

En 1961 se realizó la Conferencia Interamericana Económica y Social en Punta del Este, República Oriental del Uruguay. Dicha reunión se realizó para ratificar el acta de Bogotá, firmada en abril de

1948 en Colombia, en la cual los países del continente americano se comprometieron a aunar esfuerzos en el mejoramiento de las condiciones sociales y económicas de sus países. Para ello se adhirieron a los objetivos de la “Alianza para el Progreso”, cuyo fin era “alcanzar un grado máximo de bienestar con igualdad de oportunidades para todos, en sociedades democráticas que se adapten a sus propios deseos y necesidades” (Autores Varios, 1968).

Esta estrategia de Alianza para el progreso se venía desarrollando desde el gobierno estadounidense de John F. Kennedy, y buscaba, de manera sutil, amistosa y de cooperación, más que de imposición, realizar una verdadera integración del continente americano mediante la implantación del modelo económico de bienestar, evitando la expansión del socialismo, que se había implantado en Cuba, hacia otros países del continente. Una característica de la estrategia fue el planteamiento de reformas estructurales a nivel económico y político que les permitieran a los países en desarrollo alcanzar un crecimiento económico que traería implícito el bienestar social (Quevedo et al., 1990: 46-49).

El resultado de la reunión en Punta del Este, que sirvió para consolidar la “Alianza para el Progreso”, fue el compromiso de todas las repúblicas en un programa general de ayuda para mejorar las condiciones de vida de sus ciudadanos. Dicho programa se basaba en un análisis profundo de las realidades sociales, económicas, culturales, de salud y educación, entre otras, con el fin de generar planes de desarrollo local que implicaran la concurrencia de apoyo estatal e internacional. Para este último, Estados Unidos estaba dispuesto a facilitar recursos en personal profesional capacitado, préstamos económicos y de materiales, según lo solicitado por cada país (Fepafem, 1968a, ; Fepafem, 1968b).

El impacto de esta reunión fue el aumento en las ayudas en varios campos, uno de los cuales fue la educación médica. A través de esto llegaron al país recursos en personal, económicos y en infraestructura como libros y dotación para laboratorios. Además, las reuniones posteriores siempre tuvieron como prelación el estudio de las necesidades sociales de cada país para la formación y número de profesionales en salud. Esto se observa en las recomendaciones de las conferencias de facultades latinoamericanas de medicina, ya que se observa un mayor impacto en los compromisos sociales y estatales en la formación de médicos y se aumenta la presión por incluir la enseñanza de

la medicina preventiva en las facultades de medicina, como una manera de alcanzar la integración disciplinar y que los estudiantes tuvieran elementos para impactar realmente en las sociedades sobre las cuales trabajarían, ya que ellos eran líderes sociales y agentes de desarrollo (Fepafem, 1968b).

Hacia 1963, entre el 30 de septiembre y el 4 de octubre, se realizó una reunión de expertos en Nueva York, auspiciado por la OPS y la fundación Milbank, para analizar el papel de la formación del recurso humano latinoamericano ante la crisis de las instituciones sociales por tres eventos importantes: independencia de múltiples naciones, los adelantos en comunicación y explosión demográfica y urbanización. En ella se examinaron todos los aspectos relacionados con el tema como el panorama de salud latinoamericano, sus sistemas de salud y la enseñanza de la medicina preventiva, tanto el efecto de los seminarios antes mencionados, como los estudios realizados para evaluarlo. Llegaron a la conclusión que se están generando cambios importantes en todos los sectores pero son limitados por la poca penetración de la medicina preventiva en la práctica clínica, en la mentalidad de los docentes de medicina y, por ende, de los estudiantes; para lo cual dieron recomendaciones para realizar estudios de recursos humanos que analicen estos temas y se pueda reconocer las necesidades del país y con ello reorientar los planes de estudio en medicina; además, de motivar seminarios, talleres y cursos sobre medicina preventiva (Fundación Milbank Memorial, 1964, Volumen XLII).

Seis meses después, la OMS organizó una reunión de expertos para establecer mecanismos de fomentar la promoción y prevención entre los médicos graduados, siendo de vital importancia para tomar políticas de salud, transformar los sistemas y mejorar la enseñanza. Por ello, propusieron motivar la necesidad de la prevención desde la Universidad, el sistema de salud y facilitar al médico herramientas educativas (cursos o estudios de postgrado, investigaciones), económicas y locativas (campañas sanitarias, espacios en los servicios de salud) para tal fin (Organización Mundial de la Salud, 1964).

Hacia 1968, la OPS realizó una reunión de expertos para establecer derroteros que permitieran corregir errores como la falta de conceptualización de la medicina preventiva y aumentar su aplicación en las demás disciplinas. Para ello, propusieron ampliar el nombre a medicina preventiva y social, intentando enfocar el actuar en eventos comunitarios; además, evaluaron cada una de las

asignaturas, los temas trabajados y las metodologías de enseñanza, reforzándose los planteamientos de Viña del Mar y Tehuacán, pues consideraron que no habían perdido validez (y fueron reforzados por la reunión de expertos de la OMS). Adicionalmente, propusieron siete elementos básicos que el estudiante debía aprender en medicina preventiva, los cuales, junto con cuatro actitudes y cuatro habilidades, eran necesario garantizar en todas las facultades como requisitos mínimos de formación de profesionales de la salud. Todos estos elementos son los objetivos que sustentan las asignaturas planteadas en los seminarios del 55-56 (OPS/OMS, 1969).

Como resultado de esta reunión, la OPS en colaboración de la Fepafem y la fundación Milbank, iniciaron un estudio para conocer el proceso de enseñanza de la medicina en América Latina, el cual estuvo liderado por Juan Cesar García y se publicó en 1972 bajo el título “La educación médica en América Latina”. Sobre la medicina preventiva mostró los diversos niveles de aplicación que se habían dado en las facultades; es decir, en algunos sitios eran abundantes las experiencias y la integración, mientras que en otros existían dificultades en la construcción del departamento y el desarrollo de planes y prácticas. Para ello analizó las asignaturas y la metodología utilizada, llegando a la conclusión de reconstruir los cuatro elementos básicos de enseñanza dándole un soporte teórico desde las ciencias sociales que favorecieran un enfoque crítico a los conocimientos médicos; la creación de nuevas categorías de análisis como el concepto de fuerza de trabajo; nuevos modelos explicativos diferentes a la historia natural de la enfermedad con las cuales se daría mayor integración de los aspectos sociales, culturales y económicos en la práctica del estudiante, pues, si el estudiante llega a comprender a cabalidad los conceptos teóricos, su aplicación resultaría sencilla y fácil de realizar (García, 1972, Publicacion Cientifica No. 255; García, 1994).

Fue durante este período (1966-1986) que los funcionarios del Departamento de Recursos Humanos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) escribieron múltiples artículos para analizar y dar recomendaciones sobre la mejor forma de enseñar medicina preventiva y de integrarla con las demás materias de pregrado. Un elemento importante en este período fue la creación de la revista Educación Médica y Salud, la cual permitió dar a conocer los trabajos de investigación y las experiencias de las diversas Universidades en el área de educación, así como la difusión de las recomendaciones y objetivos de la OPS.

Algunos ejemplos de estos trabajos son los artículos en serie que escribió Jorge Andrade, funcionario de la OPS, donde examinó algunos elementos importantes para comprender los cambios en los planes de estudio de las facultades de medicina hacia el modelo flexneriano. A este respecto mencionó que parte de las dificultades han radicado en la adopción de los cambios formales más no teórico y conceptuales que esta propuesta tenía dificultando su adaptación a las realidades locales, dando como resultado que en algunos sitios no hubiera tenido el desarrollo deseado, especialmente por no contar con los recursos económicos y en personal necesarios para tal fin. (Andrade, 1971, ; Andrade, 1978a, 12; Andrade, 1978b, 12; Andrade, 1979, 13).

También se encuentran algunos trabajos realizados por Gustavo Molina, donde ha evaluado el impacto de las recomendaciones de las diferentes conferencias sobre medicina preventiva y la aplicación de los conceptos en las escuelas de medicina de Chile. El autor comenta las experiencias, las cuales considera que han tenido un proceso de integración paulatina pero fuerte entre la medicina preventiva y las áreas clínicas. Un ejemplo fue la incorporación de una “ficha familiar” al momento de la consulta, la cual permitió analizar la realidad social del paciente y mejorar la relación médico-paciente, redundando en un mejor diagnóstico y una mayor adherencia al tratamiento. Dentro de sus conclusiones, afirma que las reuniones si han tenido impacto en la educación médica de América Latina, ya que supone que si se transformó en Chile, las demás Universidades tuvieron el mismo proceso al estar expuestas a las mismas conferencias, afirmación que no tenía el suficiente sustento en la realidad de la educación latinoamericana (Molina, 1957, 36; Molina, 1967, ; Molina, 1977).

Otros trabajos efectuados sobre los modelos de enseñanza de la medicina preventiva incluyen el realizado por Edgar Muñoz, quien analiza los modelos tradicional, innovador e integral que se utilizan para la enseñanza, mostrando las ventajas y limitaciones de cada modelo, y la dificultad de generalizar uno para todas las escuelas ya que rigen bajo figuras administrativas y de organización interna particulares. Llama la atención que ubica el modelo innovador sujeto a una organización departamental, como la experiencia de la Universidad del Valle, y la crítica por su poca integración entre ciencias básicas y clínicas, a lo cual propone un modelo integral basado en un programa transcurricular y con docentes en las áreas clínicas, analizando los problemas conjuntamente, para

que el estudiante evidencie la importancia de las dos asignaturas en la práctica médica (Muñoz, 1973, 7).

Una investigación similar a la realizada por Molina es la de Jaén y Quezada, quienes analizan la situación en Venezuela. Ellas llegan a la conclusión de que falta integridad de la medicina preventiva en las demás disciplinas médicas, así como una mayor coherencia entre el plan de estudios, las acciones que debe desempeñar el médico y las necesidades del país, respondiendo a la corriente que ha orientado la educación de los años sesenta (Jaén & Quezada, 1986, 20). En esa misma línea, Tapia y cols indagan estos aspectos en México. Sus resultados difieren de los de Molina, pues está dislocada, con baja representación e impacto en las demás áreas; adicionalmente, resalta la heterogeneidad entre las escuelas al momento de entender y organizar la medicina preventiva en los planes de estudio, lo cual muestra que no sólo las conferencias marcan la diferencia sino el desarrollo interno de cada escuela, el compromiso social y la constitución de los currículos en base a las necesidades del país (Tapia Juayek; De la Garza & Carrillo Farga, 1986, 20).

Todos estos estudios, así como las propuestas de la reunión de 1968 y las recomendaciones de la Reunión de expertos de la OMS en 1973 (OPS/OMS, C. d. e. d. l., 1974) fueron evaluados en la segunda reunión de expertos realizada en 1974 en Washington por la OPS y la OMS³. El resultado fue el inicio de la transformación de las ideas y propuestas hasta ese momento manejadas sobre la enseñanza de la medicina preventiva hacia lo que propusieron llamar enseñanza de medicina social. Este cambio se dio producto de la deficiencia de la integración con otras áreas y de la falta de coherencia interna entre las asignaturas del departamento, el cual, al criterio de los expertos funciona sobrecargado y con marcadas limitaciones de impacto en otros docentes y los estudiantes. Sin embargo, este nuevo enfoque hacía referencia a un mayor contacto con la realidad del país pero seguía conservando el enfoque multicausal de la medicina preventiva.

Para los expertos el objetivo de la medicina social era “estudiar las instituciones que proporcionan atención en salud y los esquemas de acción médica que de ella resultan”. Es decir, centrar la atención del estudiante en reconocer el entorno social de los individuos, desde su hogar hasta el

³ Dentro de este grupo estaba Oscar Echeverri, docente del departamento de medicina preventiva de la Universidad del Valle, director del programa Cinder (Centro de investigaciones multidisciplinarias en desarrollo rural).

sitio de prestación de servicios, no sólo en salud sino en los demás campos de la vida. Con ello también liberan al médico de la carga de ser agente de cambio social (carga dada con la medicina preventiva), a tomar conciencia de sus límites y de papel como actor social y no ejecutor directo (OPS/OMS, C. d. e. d. l., 1974). Así prefirieron dar libertad a que cada facultad reorienta su plan de estudios de acuerdo a los nuevos objetivos y a las necesidades locales y nacionales.

De las conferencias internacionales hasta ahora analizadas se puede observar una coherencia en conceptos y objetivos, un intento de generalizar una forma de enseñanza de la medicina preventiva, partiendo de un modelo inicial que se había ido consolidando y madurando a lo largo del tiempo, el cual se supone debía aplicarse a los programas médicos y, si habían fallas, eran básicamente por idealización de los objetivos o mal adaptación de las propuestas. Sin embargo, para 1974 empieza a cambiar la actitud al replantearse el concepto de medicina preventiva por medicina comunitaria, haciendo énfasis en la necesidad de formar profesionales desde un enfoque biopsicosocial; no obstante, se seguía con el énfasis en el núcleo fundamental de la actuación médica: la intervención primaria, secundaria y terciaria (Ceitlin, 1980).

2.3. Educación médica y medicina preventiva en Colombia

El modelo de educación médica que predominaba en las escuelas de medicina de América y especialmente en Colombia durante el siglo XIX hasta mediados del XX era francés, donde los cursos principales eran la anatomía, patología y órgano de los sentidos. Esto se daba gracias a la interpretación anatomopatológica de la enfermedad, pues consideraban que los procesos morbosos causaban lesiones anatómicas específicas, y al poder identificar el órgano lesionado se podía hacer el diagnóstico y manejo de la forma más adecuada. Su estructura estaba dada por cátedras, que hacía referencia a clases magistrales dictadas por las personas más idóneas en el tema, sin que existieran intentos de integración entre los docentes y sus cátedras. La base de la formación era el aprendizaje de memoria de las estructuras corporales y la disección exhaustiva que otorgara conocimiento pleno del cuerpo humano para poder interpretar los signos y síntomas en el paciente enfermo.

A comienzos del siglo XX, el informe de Abraham Flexner de 1910, hace una crítica a la orientación netamente academicista y anatomopatológica del modelo y propone un cambio de orientación más fisiopatológico, mayor contacto clínico, después de una preparación profunda en las ciencias médicas básicas que ahora comprendían la bioquímica, la fisiología, la farmacología, la histología y embriología y la anatomía sin ser esta la que lleve el mayor número de horas.

Adicionalmente, y producto de las recomendaciones dadas por el Informe Flexner en 1910, se integro a la educación francesa la idea de promocionar un contacto temprano con los pacientes para entender y aprender más fácilmente los conocimientos adquiridos en los cursos teóricos. Hacia 1930 el Ministerio de Educación contrató una misión francesa para conocer el estado de la educación médica colombiana y conocer de primera mano las reformas que se estaban implantando en este campo.

Fue así como se iniciaron los cambios hacia el modelo flexneriano, al adaptarse las sugerencias del informe. En palabras del director de la misión, André Latarjet comentó este nuevo enfoque así: “Nuestra enseñanza (*la realizada en Francia*) se basa en la temprana y sistemática asistencia [de los estudiantes] a las salas de enfermos y sobre el estudio de las investigaciones que vienen a completar el examen propiamente dicho del enfermo” (Colombia. Ministerio de Educación, 1931: 6). “El contacto precoz con el enfermo y la aplicación del espíritu científico -desarrollado en el laboratorio- y la observación clínica son de un poderoso interés para el joven estudiante de medicina. La Anatomía, la Fisiología, la Histología con la Anatomía patológica, la Química y la Física médica misma, se convierten en ciencias más atractivas y más claras cuando el estudiante comprende el interés que tienen estos conocimientos para la mejor comprensión de los fenómenos morbosos” (Colombia. Ministerio de Educación, 1931: 8).

Hasta este momento, la higiene y el modelo preventivista de Rosenau eran las cátedras enseñadas en el momento. La llegada de la medicina preventiva en Colombia se dio por otras circunstancias. Según algunos documentos secundarios que analizaban este asunto proponían que la llegada de la medicina preventiva a la educación médica inició con las recomendaciones de las dos misiones médicas estadounidenses realizadas en 1948 y 1953 (Quevedo et al., 1990: 41; Restrepo Cuartas, 1984: 137-144). Sin embargo, durante el análisis de los documentos primarios se pudo observar que

el impacto en la modificación de los planes de estudio y la organización de las facultades se dio hasta después del consenso obtenido a través de los seminarios de educación médica realizados en 1955 y 1957. La continuidad de este tema y el desarrollo posterior nacional estuvo a cargo de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, quien desde su creación inició una serie de reuniones y conferencias con el objetivo de analizar entre las Universidades las mejores recomendaciones para mejorar la calidad de la educación y la formación profesional. A continuación se analizará en detalle cada uno de estos y otros eventos que ayudaron a facilitar la enseñanza de la medicina preventiva en Colombia.

Desde 1946, con la elección del conservador Mariano Ospina Pérez como presidente, el Estado colombiano vivió un periodo de recrudescimiento de la violencia partidista, donde se fortaleció la milicia conservadora llamada “los pájaros”, quienes realizaron grandes masacres de partidarios liberales. Sin embargo, el presidente esperaba que con el apoyo del Ejército Nacional y el resurgimiento de la economía agrícola e industrial, los niveles de violencia disminuyeran. Esta política llevó a un acercamiento con las políticas de gobierno de Estados Unidos. En este marco, se realizó en Bogotá, la Conferencia Panamericana, con la asistencia de representantes de todos los países del continente durante el mes de abril de 1948. A esta conferencia asistió también el General George Marschall, quien esperaba conseguir el apoyo de los países latinoamericanos para llevar a cabo el plan de reconstrucción del continente europeo después de la segunda guerra mundial⁴ (Tamames, 1982, 4: 33).

Durante la conferencia, los delegados le expusieron al General la necesidad de expandir el plan hacia América Latina pues sus modelos económicos estaban en decadencia y esto motivada el surgimiento de milicias que perturbaran el desarrollo democrático de los gobiernos. Ante esta situación el plan Marschall se extendió hacia el sur del continente, con la política de apoyo económico y bloqueando el surgimiento del socialismo en estos países.

⁴ La doctrina Truman buscaba “apoyar a los pueblos libres que están resistiendo el intento de ser sometidos por minorías armadas o por países exteriores”. Dentro de este objetivo se desarrolló el Plan Marshall, cuyo objetivo directo era la reconstrucción económica de Europa, por medio de la cual se conseguiría un resurgimiento de la economía estadounidense, pues la materia prima, las exportaciones y los préstamos provenían de este país. Adicionalmente, se lograría estabilizar los pactos con los países europeos cerrando el paso a la expansión del socialismo y promoviendo el capitalismo, modelo económico estadounidense.

En este programa de ayuda estadounidense llegó a Colombia la primera Misión Médica Unitaria, llamada Misión Humphreys por su director, que permaneció en el país desde el 18 de octubre de 1948 hasta el 13 de noviembre de 1948, tiempo durante el cual visitaron las facultades de medicina existentes para la fecha (Nacional, Javeriana, Antioquia y Cartagena), los hospitales y dieron conferencias magistrales. El informe está dividido por facultades y por especialidad, ya que cada profesor visitante dio su opinión con respecto al área de experticia. En general criticaron el aislamiento del país a nuevas formas de enseñanza como la estadounidense dada la falta de asistencia de los docentes en las prácticas clínicas, había poca enseñanza al lado de los pacientes, era escaso el tiempo en el hospital ya que en su mayoría lo emplean en clases teóricas, faltaban trabajos de investigación, y la responsabilidad, edad y salario de los docentes no era el adecuado, entre otros puntos (Humphreys et al., 1950, 10).

En salud pública, Salvatore Lucía, profesor en la Universidad de California, analizó la situación de salubridad de cada ciudad, Universidad y hospital, donde, en general, tuvo expresiones de conformidad con los requisitos mínimos de higiene, pero eran escasos los recursos y la organización era precaria. Resaltó las diferencias que existían entre los profesionales antiguos, educados en su mayoría en la escuela francesa, y los jóvenes, con educación estadounidense. No obstante, solo hizo comentarios generales pero no habló de las cátedras existentes en cada facultad ni recomendó un cambio hacia la medicina preventiva.

Posterior a esta misión se realizó la segunda reunión de Decanos para analizar las conclusiones de la primera reunión (Cartagena, enero de 1950) y, posiblemente, los comentarios de la misión unitaria, aunque dentro de la justificación no mencionan este punto. La reunión se realizó en Medellín entre el 3 y 5 de abril de 1950, y se tocaron varios puntos como la calidad y materias mínimas en bachillerato, la organización universitaria y de facultad (creación de un Consejo Consultivo y de pensum, Decano nombrado por gobernación en un período de cuatro años), el plan de estudio, el servicio de salubridad rural y la tesis de grado (Henaó Mejía et al., 1950, 10).

El plan de estudios aprobado fue el siguiente:

Primer año: anatomía, histología y embriología, química biológica, física médica, dibujo anatómico.

Segundo año: anatomía II, fisiología, bacteriología (alterna), parasitología.

Tercer año: anatomía patológica, clínica semiológica y propedéutica, radio diagnóstico, patología médica, terapéutica y farmacodinamia y patología tropical.

Cuarto año: clínica interna, clínica tropical, clínica sifilítica y dermatología, patología quirúrgica, técnica quirúrgica y cirugía experimental, terapéutica y farmacodinamia II.

Quinto año: obstetricia, clínica quirúrgica, clínica órgano de los sentidos, clínica urológica, medicina legal, deontología.

Sexto año: clínica obstétrica, clínica ginecológica, clínica pediátrica, clínica traumatológica y ortopédica, clínica neurológica y psiquiátrica, medicina psicosomática, higiene y salud pública.

Como se observa no existía un consenso claro entre lo que se debía enseñar sobre la salud pública, resultando una cátedra que incluye aspectos de salud pública como la vacunación y de higiene como el cuidado personal y el saneamiento ambiental. Al final del documento de la reunión, se mencionan dos proposiciones. La primera sobre la necesidad de abrir una nueva facultad de medicina “en aquella ciudad que reúna condiciones adecuadas para el funcionamiento de tal instituto, condiciones que abarcan: densidad de población; capacidad hospitalaria, no menor de 500 lechos disponibles para la docencia; capacidad económica y número suficiente de profesionales para la elección de profesorado” (Henaó Mejía et al., 1950, 10: 361). La segunda proposición y las conclusiones estuvieron orientados en la reforma del Decreto Ley No. 3842 sobre el servicio de salubridad rural, buscando que sea reglamentario e independiente del año de internado. En general se puede ver una orientación a considerar algunas recomendaciones de la misión como la necesidad de práctica hospitalaria con guía docente y aumento de la prestación de servicios en las zonas rurales, entre otras.

Estas propuestas educativas persistieron gracias a la continuidad del gobierno conservador en la presidencia, pues en 1950 fue elegido Laureano Gómez, en reemplazo de Mariano Ospina. Gómez en un principio continuo las relaciones económicas y comerciales con Estados Unidos, y se acogió a las recomendaciones emitidas por la Misión del Banco Mundial de 1950, donde le solicitaron la disminución de los créditos, el aumento de las tasas de interés, la liberación del mercado, una política más amplia para las exportaciones y una devaluación del peso colombiano. Estas medidas fueron propuestas para disminuir la inflación y promover el desarrollo económico por medio de la motivación de la producción y exportación de materias primas (Sáenz Rovner, 2001, XX). Estas

políticas estuvieron entorpecidas por el recrudecimiento de la violencia bipartidista que forzó a que algunas regiones del país se militarizaran, dando paso, en algunos casos, a abusos del poder por parte de la fuerza pública que desencadenaron más violencia.

Hacia 1952 las políticas estatales cambiaron, producto de la ausencia del presidente Gómez, quien viajó a España por problemas de salud, y fue reemplazado por Roberto Urdaneta. En este periodo Gómez entro en contacto con la política franquista española, por la cual sentía admiración hasta el punto de iniciar políticas estatales acordes con estos planteamientos. Ésto agravó la situación de violencia al dividir el partido conservador en los Ospinistas de centro derecha y Laureanistas de extrema derecha. Fue por ello que se empezó a gestar el golpe de estado, que encabezaría el General Gustavo Rojas Pinilla, quien era el Comandante del Ejército y acababa de llegar de una misión en la Embajada de Colombia en Estados Unidos⁵ (Arizmendi Posada, 1989).

El golpe militar colombiano se dio el 13 de junio de 1953, y con ello se restituyó el contacto con Estados Unidos y el presidente recién electo Dwight Eisenhower, quien continuó la propuesta del Plan Marshall, y consolidó la hegemonía política, militar y económica de Estados Unidos en el mundo, lo cual favoreció un endurecimiento de las políticas internacionales, polarizando en grado máximo las relaciones entre estados.

En este periodo se llevó a cabo la segunda Misión Médica estadounidense o “Misión Lapham”, entre el 2 de julio y el 30 de agosto de 1953, a la que vinieron sólo tres profesores estadounidenses, a comparación de los siete de la misión anterior. Ésta se realizó por petición de la Universidad Nacional al Instituto de Relaciones Interamericanas, y los gastos fueron sufragados por la Universidad, pero con apoyo estatal del gobierno de Rojas Pinilla.

El informe lo realizaron acerca del análisis sobre las siete facultades de medicina que ya estaban funcionando en el país (Universidad de Antioquia, de Caldas, de Cartagena, de Cauca, Javeriana,

⁵ Rojas Pinilla estudio Ingeniería Civil en Estados Unido entre 1924 y 1927. A su regreso, continuó la carrera militar y alcanzó honores por sus acciones de control social en Cali, durante los acontecimientos del 9 de abril de 1948. En 1950 fue nombrado General, cargo que le valió para apoyar a Estados Unidos durante el conflicto con Corea, viajando con sus tropas a Asia. A su regreso en 1952, fue nombrado Comandante de la Tercera Brigada. Al poco tiempo viajó a una misión militar a Estados Unidos. A su regreso se gestaron los cambios políticos que darían inicio a su dictadura.

Nacional y del Valle), sin hacer mucho énfasis en el estudio de los hospitales o sitios de prestación de servicios (Lapham et al., 1954, 4). En general examinaron la normatividad nacional, la organización universitaria y de facultades, las directivas, docentes y estudiantes, incluido el plan de estudios en pre y postgrado, desde los problemas, las ventajas y las recomendaciones en cada caso. En general, recomendaron mayor continuidad en la junta directiva de la Universidad, la creación de un consejo en cada facultad que facilitara el desarrollo de los programas, la creación de departamentos con jefes únicos e integrados entre sí, establecer mecanismos de preparación de docentes ya sea con postgrado, importaciones o entrenando jóvenes egresados por medio de becas al extranjero. Estas y otras recomendaciones las hicieron utilizando como base el informe de Abraham Flexner de 1910.

Específicamente de salud pública escribieron: “Son de particular importancia [los cursos de salud pública y medicina preventiva] en las escuelas médicas de Colombia, porque los programas de salud e higiene que al presente existen en el país, pueden ser mejorados por aquellas medidas aplicables tanto a grandes grupos de personas como a individuos, utilizando métodos poco costosos” (Lapham et al., 1954, 4: 516). Con este párrafo que puede observar que ya empieza a comprenderse la medicina preventiva desde la propuesta de Leavell y Clark, referente al manejo en el consultorio de medidas preventivas, lo cual es diferente del concepto de salud pública existente en este momento, que la comprende como el uso de medidas preventivas hacia las poblaciones.

Una de las características de esta nueva perspectiva de la salud pública y la medicina preventiva es la integración con diferentes disciplinas médicas. Por ejemplo, propusieron la enseñanza de la inmunología para mejorar los conocimientos de los estudiantes en “métodos preventivos que dependen de la inmunidad activa y pasiva”, haciendo referencia a las vacunaciones. Hicieron énfasis en motivar a los profesores de ciencias clínicas para que ellos sean los responsables de explicar los aspectos de medicina preventiva en cada una de las enfermedades de sus áreas de experticia. También plantearon la necesidad de enseñar salud pública junto con parasitología, para ver de cerca las medidas aplicables en casos de enfermedades prevenibles.

Con las recomendaciones de la misión Lapham se puede decir que es en este momento que se empieza a pensar la medicina preventiva de una nueva manera, sin inserciones con la higiene; y que

este nuevo concepto fue el que se promocionó durante los seminarios de educación médica, y el que se aplicó dentro de los planes de estudio de las facultades de medicina.

Producto de las recomendaciones de las misiones, se generaron varios artículos donde los decanos de las facultades analizaban y mostraban cambios en los planes de estudio adaptando la realidad local en conocimientos e instituciones y los ideales de educación médica sugeridos. Tal es el caso del artículo publicado por Ignacio Vélez Escobar, Decano de la facultad de medicina de la Universidad de Antioquia, quien propuso una reforma en intensidad y calidad de la educación, aumentando las horas de estudio en el ámbito hospitalario, sin hacer referencia a medicina preventiva, sino al curso de higiene y salud pública (Vélez Escobar, 1950, 10).

Por la misma línea se publicados dos artículos en 1954, los cuales expusieron la forma como se llevaron a cabo estas reformas tanto en la Universidad de Antioquia como en la del Valle, colocándolas a la cabeza de la nueva organización académica, mostrando los programas de integración entre ciencias básicas y clínicas y el aumento del contacto de los estudiantes con los pacientes. Sobre medicina preventiva no hacen referencia, pues se seguía enseñando la higiene junto con la salud pública, según el concepto de Rosenau. Probablemente se debió a que las recomendaciones de la misión Lapham aún no estaban disponibles para la fecha de reestructuración académica; por tanto no habían empezado a generar cambios. (Duque Hernández, 1954, 4; Velázquez Palau, 1954, 36).

Las reuniones y las recomendaciones de decanos para el análisis y surgimiento de nuevas propuestas se pudo llevar a cabo gracias a la relativa tranquilidad política que había conseguido el gobierno miliar, el cual fue ratificado en 1954 por no existir un ambiente propicio para el desarrollo de elecciones que garantizaran la democracia (Tirado Mejía, 1989b). Paralelamente, las relaciones con Estados Unidos se volvieron más estrechas gracias a la simpatía que tenía el presidente Eisenhower por los regímenes militares. Un ejemplo de ello fue la compra de gran cantidad de material bélico por parte de Colombia a bajos precios.

Además, existía un ambiente favorable para la implementación de los modelos estadounidenses de enseñanza médica, incluido la integración del concepto de medicina preventiva de Leavell y Clark,

gracias a la continuidad de las políticas educativas propuestas por Rojas Pinilla, y su empatía con el modelo educativo estadounidense, por su experiencia formativa. En este escenario se llevó a cabo el Primer Seminario de Educación Médica organizado por la Universidad del Valle y realizado en Cali, entre el 6 y 9 de diciembre de 1955.

El seminario fue producto de la iniciativa de los docentes de la facultad, pero se pudo llevar a cabo con la colaboración de las demás facultades, y el apoyo económico del Ministerio de Educación Nacional y del Fondo Universitario de Colombia. Los objetivos fueron conocer información sobre la educación médica, discutir los programas y, con ello, obtener conclusiones de las experiencias buenas y malas de cada facultad para mejorar la calidad de la educación y, por último, fortalecer el vínculo interinstitucional y de docentes. En palabras de Luis María Borrero, el seminario tuvo tres frutos: discutir sobre todos los temas relacionados con el currículo médico, establecer un vínculo interinstitucional sólido e implementar una nueva forma de realizar seminarios con resultados productivo, cumpliendo a cabalidad los objetivos propuestos y marcando el inicio de un proceso de autoevaluación nacional, que sirvió de modelo en otros países latinoamericanos (Universidad del Valle, 1957, Universidad del Valle).

Los participantes se organizaron en distintos grupos para la discusión de los temas a tratar, uno de ellos era sobre medicina preventiva y salud pública, que conformó el grupo IV. Después de las discusiones los delegados llegaron a varias conclusiones. En primer lugar, se aceptaron de forma consensuada las definiciones que presentó Gustavo Molina en el Congreso Interamericano de Higiene en la Habana: *Medicina preventiva*: es la rama de la medicina que actuando sobre el individuo, procura evitar las enfermedades o sus secuelas y precaver o retardar el efecto de enfermedades inevitables o incurables. *Medicina social*: es la rama de la medicina que se ocupa de las relaciones recíprocas que existen entre la enfermedad y la salud y las condiciones económicas y sociales de los grupos humanos. *Salubridad (salud pública)*: es la ciencia y el arte de organizar y dirigir los esfuerzos colectivos para proteger, fomentar y reparar la salud (Universidad del Valle, 1957, Universidad del Valle: 13). Con ello se observa ya una adaptación hacia el modelo de Leavell y Clark de entender la medicina preventiva como acciones individuales, y la salud pública como estrategias colectivas que impactan grandes grupos de personas, ambas tendientes a la prevención de factores promotores o causantes de la enfermedad.

En segundo lugar, el grupo IV planteó la necesidad de hacer planes de estudio integrales para enseñarle las ciencias básicas y la medicina preventiva al estudiante desde los primeros años, y que se le siguiesen reforzando estos conocimientos en los años clínicos. Para ello se debía crear un departamento con un jefe de tiempo completo, con conocimientos suficientes en el área, que estaría encargado además, de la integración interdisciplinaria. Se propusieron como mínimo cinco secciones (estadística, epidemiología, microbiología, parasitología y laboratorio clínico) y la docencia en conjunto con cátedras específicas como biología de primer semestre, antropología social del departamento de psiquiatría, y nutrición y dietética de los departamentos clínicos. Además, se vio la necesidad de mejorar los métodos de enseñanza, aprovechando para ello los servicios locales de salud (Universidad del Valle, 1957, Universidad del Valle; Universidad del Valle & Fondo Universitario Nacional, 1955).

Para poder comprender a cabalidad esta recomendación, vale la pena hacer una revisión a los planes de estudio de las facultades de medicina. Durante la organización del primer seminario, la Universidad del Valle solicitó información sobre el personal docente y administrativo, cátedras e intensidad horaria, admisiones y vida académica estudiantil, entre otros aspectos, lo cual permitió dar una mirada panorámica a la formación de médicos en Colombia. Al revisar con cuidado estos planes de estudio se observa una tendencia en las siete escuelas que va desde el modelo francés de enseñanza (Universidad de Cartagena, Nacional) y el estadounidense (modelo flexneriano en la Universidad del Valle y Antioquia), ubicándose el resto de escuelas en el espectro, principalmente del primer modelo.

Tabla 1. Plan de estudios de ciencias básicas de las siete facultades de medicina en 1955 (Universidad del Valle, 1957, Universidad del Valle).

Universidad	Anatomía		Histología		Fisiología		Biofísica		Bioquímica		Farmacología		Terapéutica	
	Horas	Año	Horas	Año	Horas	Año	Horas	Año	Horas	Año	Horas	Año	Horas	Año
Antioquia	516	1	344	1	282	2	NA		832	1 y 2	202	2	172	3
Nacional	792	1 y 2	297	1	495	1 y 2	165	1	231	1	NA		230	4
Javeriana	990	1 y 2	132	2	264	1 y 2	66	1	330	1 y 2	231	3	165	4
Caldas	990	1 y 2	297	1	297	2	165	1	297	1	198	3	NA	
Cartagena	1404	1 y 2	216	1	432	2	108	2	324	1	144	2	108	3

Cauca	736	1 y 2	217	2	465	2	183	1	462	1	120	3	NA
Valle	534	1	146	1	468	2	185	1	254	2	327	3	NA

Tabla 2. Plan de estudios para algunas cátedras de ciencias clínicas⁶ (Universidad del Valle, 1957, Universidad del Valle).

Universidad	Semiología		Anatomía patología		Patología interna		Clínica médica		Patología tropical		Clínica tropical	
	Horas	Año	Horas	Año	Horas	Año	Horas	Año	Horas	Año	Horas	Año
Antioquia	204	3	204	3	172	3	307	5	80	4	204	4
Nacional	330	3	165	3	99	3	396	4	66	3	132	4
Javeriana	330	2	132	3	165	4	330	5	NA		NA	
Caldas	330	3	396	3	NA		NA		NA		NA	
Cartagena	360	3	540	3	72	3	432	5	165	3	216	4
Cauca	308	3	424	3	150	3	366	5 y 6	46	3	92	4
Valle	269	3	454	3	NA		NA		NA		NA	

Un ejemplo interesante para interpretar el cambio de orientación entre el modelo francés y estadounidense se observa en la enseñanza de las ciencias básicas (tabla 1). En el modelo francés la anatomía jugaba un papel importante para la formación del médico y se le dedican dos años a anatomía general y de órganos, haciéndose disecciones y previos orales como método de evaluación. Para el modelo estadounidense, la fisiología y la farmacología eran herramientas que ayudaban a la práctica médica, pues su enfoque era sistémico, donde se postulaba que al comprender el estado de equilibrio del organismo y sus mecanismos naturales y artificiales para alcanzarlo, se podía tratar cualquier enfermedad. De esta misma forma, hacían mayor énfasis en la anatomía patológica para reforzar los conocimientos en anatomía, fisiología y farmacología, en una especie de correlación entre síntomas, signos y enfermedad.

En ciencias clínicas se resaltaban dos tendencias del espectro francés; por una parte, el énfasis en la patología, como en el caso de la Universidad Nacional, que era la única que tenía tres cursos de patología (no se muestra en la tabla 2), muy acorde con la orientación anatomopatológica de interpretar la enfermedad como producto de lesiones localizadas en órganos corporales. Por otra

⁶ A este momento de datos, la Universidad del Valle estaba por 5 años y la Universidad de Caldas por 4 años, por tanto no tenían el plan de estudios completo y funcionando y no pudieron dar la información solicitada. Las cátedras seleccionadas son las que muestran algunas diferencias interesantes para el análisis.

parte, la Universidad de Cartagena hacía un mayor énfasis en cátedras tropicales (patología, clínica), en un plan de estudios que iniciaba un mayor énfasis en la realidad local, según las recomendaciones de la misión Lapham.

Tabla 3. Plan de estudios de cátedras relacionadas con medicina preventiva y salud pública (Universidad del Valle, 1957, Universidad del Valle).

Universidad	Parasitología		Microbiología		medicina preventiva y Sp		Laboratorio clínico	
	Horas	Año	Horas	Año	Horas	Año	Horas	Año
Antioquia	NA		224	2	378	6	32	4
Nacional	297	2	231	2	495	6	NA	
Javeriana	231	3	132	3	231	6	NA	
Caldas	198	2	198	2	NA		NA	
Cartagena	198	2	216	2	180	4	108	3
Cauca	181	2	244	2	150	6	62	3
Valle	202	2	180	2	136	5	108	2

En la presentación de los resultados, los organizadores del seminario unificaron, bajo la categoría de medicina preventiva, todas las cátedras de higiene, medicina preventiva y salud pública, lo cual daba la impresión que respondían al mismo concepto epistemológico, cosa que no era cierta, ya que en el modelo francés la higiene se entendía como las medidas profilácticas para mantener la salud, por tanto estaban asociadas estas clases con las de parasitología (estudio del control de agentes infecciosos) y medicina (análisis de las funciones normales y patológicas de las personas) (Colombia. Ministerio de Educación, 1931). Por otra parte, en el modelo estadounidense se tenía dos concepciones, el de salud pública que estudiaba las medidas de control y erradicación de enfermedades tropicales (se daba asociado a cátedras de patología tropical, parasitología y microbiología). La otra concepción que se integró hacia los años cincuenta, estaba encaminada a comprender la medicina preventiva según las definiciones de Leavell y Clark, por tanto la epidemiología (con su modelo multicausal), y el estudio de las clínicas (las enfermedades analizadas según el modelo de historia natural) apoyaban estas clases.

Con lo anterior, en la tabla 3 se observa, que aunque exista un igual número de horas de parasitología y microbiología, la intensidad de clases teóricas y prácticas son diferentes, siendo

mayor las teóricas en la Javeriana (relación 70% vs 30% respectivamente), la Nacional y demás Universidades (35% vs 65% respectivamente), y la de menor relación, la de Valle (25% vs 75% respectivamente). Aunque los dos modelos comprendían la importancia de las horas prácticas, seguía primando la clínica en el modelo francés, mientras que en el estadounidense, los laboratorios se volvieron de vital importancia para identificar todos los factores de riesgo asociados con las enfermedades, los cambios fisiológicos y la comprensión de los individuos desde todas las perspectivas (síntomas, signos y funcionamiento).

Llama la atención que en la Universidad de Antioquia no aparezca la cátedra de parasitología ni está compensaba en número de horas académicas en otras cátedras similares. También se observa que la Universidad del Valle tenía el menor número de horas asignadas a la cátedra de medicina preventiva. Esto se debía a la disminución de la intensidad de horas teóricas compensadas con el trabajo práctico e integrado con las clases de clínicas, según se interpreta en las discusiones realizadas durante el primer seminario, donde Renjifo mostró su proyecto de trabajo comunitario e integración interdisciplinaria (Universidad del Valle & Fondo Universitario Nacional, 1955).

Dos años después, la Universidad de Antioquia organizó el segundo seminario en colaboración de las facultades y el Fondo Universitario de Colombia. Este evento se desarrolló en un ambiente político de transición, bajo el gobierno de una junta miliar. Esta situación se esta viviendo por el derrocamiento del General Rojas Pinilla, y fue el preámbulo del Frente Nacional⁷. Sin embargo, las reformas políticas no afectaron la estabilidad educativa y los proyectos de transformación de los planes de estudio.

Los objetivos eran evaluar el impacto de las recomendaciones del primer seminario en la transformación de los planes de estudio, analizar los resultados, corregir los errores y proponer nuevas ideas ajustadas a la realidad del país; siempre tendiendo a mejorar la calidad de la educación médica (Universidad de Antioquia & Fondo Universitario Nacional, 1959).

⁷ El Frente Nacional nació de una alianza de paz entre el partido liberal y conservador, para recuperar la democracia y el poder para los civiles, ya que el gobierno de Rojas Pinilla quería perpetuarse en el poder, situación que los partidos tradicionales no querían.

Sobre medicina preventiva, mostraron que cuatro de las siete facultades ya tenían dicho departamento funcionando y las otras en desarrollo cercano. En las recomendaciones ampliaron las propuestas del primer seminario. Por ejemplo, sugirieron que no sólo el jefe sino un profesor de cada asignatura fuera de tiempo completo y con suficiente preparación; que al elaborarse el presupuesto se hiciera por departamentos y garantizaran un monto adecuado para medicina preventiva; aumentar la integración entre el área básica, clínica y medicina preventiva por medio de varios mecanismos; que se diera una verdadera cooperación con otros servicios de la comunidad por diversas estrategias planteadas; y que se diera estabilidad laboral y salarial a los docentes de esta área. Sobre los conceptos de medicina preventiva no propusieron modificaciones, sólo motivaron la aplicación de los programas y experiencias en el área, en las facultades que aún no habían reformado su plan de estudio.

Además, en el desarrollo de los seminarios se concretó el anteproyecto de crear una asociación que integrara las facultades de medicina, según lo recomendó la misión Lapham, proyecto que se concretó en 1959, durante la XII reunión de Decanos de las facultades de medicina, cuando se creó Ascofame. Con ella, se empezaron a realizar las reuniones de decanos en forma periódica, y se pudieron generar, con mayor autonomía e integración, recomendaciones a todas las facultades de medicina. Adicionalmente, durante la reunión de 1959, se iniciaron las primeras recomendaciones de Ascofame, una de las cuales fue “que toda facultad de medicina tenga un programa de medicina preventiva” (Ascofame, 1959, 4: 271), apoyando los planteamientos de los dos seminarios de educación médica.

Estas reformas se dieron durante el gobierno de Alberto Lleras Camargo, liberal que llegó a la presidencia por segunda vez, en 1958, siendo el primero que abrió el período de gobierno llamado “Frente Nacional”. Su gobierno se caracterizó por un plan general de reformas que combinaba la conciliación con militarismo, el primero para buscar una integración entre los partidos, los obreros, los estudiantes y demás grupos sociales, y el segundo, para resolver los problemas de violencia por la proliferación del bandolerismo y la guerrilla (Arizmendi Posada, 1989, ; Tirado Mejía, 1989b).

Continuando con el Frente Nacional, fue elegido el conservador Guillermo León Valencia, para el periodo de 1962 a 1966. Su gobierno buscó una estabilidad política adjudicando los puestos

gubernamentales “milimétricamente”, sin embargo, la falta de unidad en su partido lo hizo vulnerable a las crisis económicas y políticas generadas por la oposición de liberales y conservadores disidentes. Ante la debilidad de su gobierno buscó apoyo en las políticas del presidente estadounidense John F. Kennedy, quien estaba promoviendo la “Alianza para el progreso”. Con esta política el gobierno colombiano logró incrementar el presupuesto en educación en un 20% per cápita (Arizmendi Posada, 1989: 272).

Bajo la presidencia de León Valencia se realizó la primera asamblea general extraordinaria de Ascofame en Cartagena, entre el 16 y 19 de octubre de 1963. El objetivo fue la discusión de la formación de recursos humanos en salud, acorde con la realidad del país, así como analizar la integración de los programas de la Alianza para el Progreso en las instancias universitarias, los sistemas de salud y las necesidades del país. El elemento central de la asamblea fue complementar, apoyar o re-direccionar las acciones hacia el mejoramiento de la enseñanza de la medicina, para que fueran acordes con la situación del país, los problemas de salud y la característica particular del sistema; así mismo, consolidar Ascofame como entidad negociadora entre las Universidades y el Estado, y como punto de referencia en la toma de decisiones nacionales en materia de salud. Es decir, lo importante era formar profesionales con valores, que resolvieran los problemas nacionales, con las herramientas nacionales, y que estuvieran en la capacidad de ayudar a organizar el sistema e intervenir en las políticas para el beneficio de la comunidad (Ascofame, 1964). Las demás recomendaciones se pueden resumir en una nueva actitud de entender la salud y la enfermedad, según los cambios de la época (salud como inversión), y el fortalecimiento de los valores y capacidades de los nuevos profesionales y su entorno (Ascofame, 1964).

Dentro de las muchas recomendaciones que se derivaron de esta asamblea, se resalta la aprobación de realizar un estudio nacional de recursos humanos en salud, para establecer pautas a seguir en materia de educación médica tomando como referentes los problemas de salud de la población, los profesionales que trabajaban y su distribución geográfica, entre otros aspectos. Este proyecto nace de la reunión de expertos financiada por la Fundación Milbank, ocurrida 16 días atrás, en la cual estuvo presente Alexander Robertson, representante de la fundación para Colombia, quien llevó la idea y propició el espacio para realizar dicho proyecto en el país (Ascofame, 1964, ; Fundación Milbank Memorial, 1964, Volumen XLII).

Fue así, que hacia 1964 Ascofame y el Ministerio de Salud Pública, con la colaboración de la Fundación Milbank, la Organización Panamericana de Salud, el Departamento Administrativo Nacional de Estadística, los servicios seccionales y locales de salud, las facultades de medicina y enfermería, el Instituto Colombiano de Seguros Sociales y el Servicio de Erradicación de la Malaria, realizaron el estudio de recursos humanos para a salud y la educación médica en Colombia, siendo el primero en Colombia y Latinoamérica. El estudio tenía como objetivos conocer la verdadera situación colombiana en salud (condiciones de salud, personal humano, instituciones de atención médica y de educación), cuantificando en número, cobertura, calidad y rendimiento. Con ello se buscaba poder tener elementos para organizar el plan nacional de salud y educación para la salud (Ascofame, 1968).

Sobre educación médica, los autores hacen un balance, rescatando cuatro etapas de transformación; las tres primeras, desde la época de la conquista hasta la consolidación de las tres facultades de medicina a principios de siglo; la cuarta etapa inicia en 1955 con la unificación universitaria y la inclusión de la medicina preventiva en el plan de estudio. Al realizar la evaluación de los planes de estudio, los autores observaron que no se cumplieron todas las recomendaciones de los dos seminarios, pues no se ha generalizado la enseñanza de antropología o psicobiología, la integración era incompleta y el contacto de los estudiantes con la realidad social se daba en la mayoría de Universidades, entre 5º y 9º semestre, perdiéndose la oportunidad de una adecuada motivación de los aspectos preventivos en la carrera (Ascofame, 1968: 157-158).

Posteriormente, entre el 27 y 29 de agosto de 1974, Ascofame realizó el seminario sobre objetivos de la educación médica para una medicina de la comunidad. En él se evaluaron los objetivos y proyectos iniciados desde la conferencia de 1970, y se replantearon nuevas soluciones para dar inicio a la transformación de la enseñanza de la medicina preventiva por la “medicina de la comunidad” o “ medicina comunitaria”, proceso de cambio mundial, donde Colombia tuvo experiencias que sirvieron de modelo en otros países (Ascofame, 1974).

3. EL SEGUNDO PILAR: LA LUCHA ENTRE PAYANESES Y ANTIOQUEÑOS EN LA UNIVERSIDAD DEL CAUCA (1947-1965)

3.1 Las dos épocas de la facultad de medicina

La facultad de medicina de la Universidad del Cauca funcionó en dos épocas. La primera estuvo comprendida entre 1835 y 1890, cuando se cerró de forma definitiva como resultado de los múltiples destrozos en el plantel educativo y los insuficientes recursos con los que quedó después de sobrevivir a las guerras civiles que por esta época azotaron el país y la región. Durante este período la facultad cesó actividades en varias ocasiones.

La primera fue desde febrero hasta octubre de 1841 producto de la Guerra de los Supremos; al reinicio de las actividades se dieron los primeros grados a cuatro de los 16 estudiantes que iniciaron en 1857 (Aragón, 1925, ; Erazo, 2001, ; Tirado Mejía, 1989a). El segundo cierre se produjo al año siguiente por las revueltas suscitadas por la abolición de la esclavitud. En este tiempo, que llegó hasta 1857, se dieron múltiples enfrentamientos, principalmente con el gobierno central, ya que la economía payanesa se basaba en la explotación de esclavos. En los breves espacios de receso de actos violentos, las directivas de la Universidad intentaron buscar recursos y materiales para reconstruir las aulas y laboratorios, los cuales no tuvieron mucho éxito, y a mediados de 1857 las instalaciones fueron reabiertas en precarias condiciones (Aragón, 1925, ; Rizo Otero, 1999, ; Tirado Mejía, 1989a).

Hacia 1860 la Universidad fue cerrada nuevamente por la guerra entre el conservador Mariano Ospina Rodríguez y el General Tomás Cipriano de Mosquera, liberal payanés. En esta nueva lucha, la Universidad fue tomada como guarnición de las tropas de Mosquera, y sólo volvió a reabrir sus puertas como institución educativa en 1863 con la llegada al gobierno del General (Valencia Llano, 1988).

Este período de tranquilidad se extendió hasta 1867 cuando Mosquera fue derrocado del poder; esta situación llevó a una lucha intensa de los conservadores y la Iglesia, contra Popayán para eliminar todos los vestigios de “mosquerismo”, llevando a un cierre de la Universidad y a una división de los

profesores, ya sea uniéndose al partido o huyendo de la ciudad. Estas guerras internas (conservadores – liberales) y externas (interdepartamentales), dieron paso a una amnistía propuesta por los antiguos mosqueristas hacia 1869, favoreciendo el reinicio de actividades académicas (Valencia Llano, 1988).

Pese a que los enfrentamientos entre liberales y conservadores siguieron hasta 1875, y se reagudizaron las tensiones entre el gobierno central y el local, la Universidad siguió actividades en medio de cierre temporales y con mínimos destrozos, pero pérdidas de personal y económicas, al estar el Estado en crisis financiera. Un nuevo cierre se presentó en mayo de 1885, producto de los daños ocasionados en la planta física por el terremoto que azotó a Popayán. El proceso de reconstrucción duró hasta 1886, cuando reabrió sus actividades (Erazo, 2001, ; Valencia Llano, 1988).

Después de la reconstrucción de la institución y haber sobrevivido a las guerras y a la naturaleza, se vivió en Colombia un período difícil para la educación superior. En palabras de Magnusson, fue producto de la llegada al poder de los conservadores, la firma de la Constitución de 1886 y la firma del Concordato con el Vaticano en 1888 (Magnusson, 2006: 17-18). Este período dio inicio a una crisis en la educación superior, de cuyo proceso resultó el cierre definitivo de la facultad de medicina, según el acta del Consejo de Gobierno que dirigía la Universidad, con fecha del 31 de octubre de 1890. Las causas no son explícitas en los libros de Aragón y Erazo; sin embargo, parece ser producto de la abolición de la Ley de Manos Muertas, en la cual la Iglesia recuperaba sus instalaciones y su posición en la educación de la juventud (Tirado Mejía, 1989a), lo cual chocaría con la Universidad, ya que esta estaba funcionando en sedes religiosas y su orientación era más liberal que eclesiástica.

El segundo período se inició oficialmente en 1950; empero, el proceso de apertura se estuvo gestando desde la década de los cuarenta, hasta llegar a concretarse con la intervención de dos grupos de agentes en 1947. Estos grupos eran, por una parte, los Senadores de la República en ese período, los médicos Antonio Lemus Guzmán y Francisco Angulo, quienes se encargaron de buscar

recursos a nivel nacional y el apoyo académico de la Universidad Nacional⁸. Ellos, principalmente Lemus Guzmán, son agentes que se pueden ubicar en dos campos sociales, el político y el de la educación médica en general, ya que su profesión de base les da elementos académicos e intelectuales para encontrar un espacio de desarrollo en el campo educativo, y su nuevo cargo político, producto de su filiación conservadora, marcan unos intereses de búsqueda de bienestar y prestigio para su región, convirtiéndose en el material simbólico por el cual trabajar. (Unicauca, 1947a, Documentos de la facultad de medicina).

El segundo grupo estaba formado por los médicos payaneses que habían estudiado en la Universidad Nacional, donde Néstor Santacoloma, profesor de anatomía e higiene de dicha institución, los motivó para reabrir la facultad de medicina en Popayán. Según entrevista con Julio Cesar Perafán (Perafán, 2006), médico especialista en cirugía de la Universidad Nacional, dicho profesor los incitaba constantemente a reabrir la facultad para que los jóvenes no tuvieran que invertir tanto dinero y esfuerzos en su formación y se aprovechara las buenas condiciones académicas y climáticas que ofrecía la ciudad. Este grupo también comparte con el anterior su acción en el campo educativo, y su principal interés es la reapertura de la facultad, con lo cual ganarían mayor prestigio y aumento de los ingresos económicos.

Este segundo grupo, tiene la particularidad de estar compuesto por médicos que a su vez trabajaban en la clínica Pubenza, creada en 1947 con el apoyo financiero de Arquímedes de Angulo⁹ y la organización médica de sus hijos Guillermo y Álvaro. Perafán vuelve a Popayán para ayudar en la organización de este proyecto, lo cual facilita que esta institución se convierta el sitio de trabajo de los médicos con mayor prestigio en la ciudad, además de ser todos sus miembros socios accionistas, ya que Arquímedes de Angulo estableció esta política para garantizar un mayor compromiso y motivación en el trabajo.

Dentro del trabajo en la clínica Pubenza, Perafán y la familia De Angulo encontraron un espacio propicio para llevar a cabo la propuesta de Santacoloma. Para ello, comenzaron a convencer al

⁸ La ley de 1932 del Ministerio de Educación obliga a que toda facultad nueva deba crearse según las orientaciones de la Universidad Nacional y seguir su currículo y organización institucional.

⁹ Ganadero conservador, amigo de Presidente de la República Mariano Ospina Pérez, a quien le solicitó un permiso especial de importación de equipos de alta tecnología para la nueva y única clínica de la época en Popayán.

Rector de la Universidad, el ingeniero Jesús María Plaza, quien se llevó la idea al Consejo Directivo y la comenzaron a estudiar de manera favorable.

Ante esta coyuntura de apoyo estatal y local, se realizó en la Universidad del Cauca la primera reunión entre sus directivas, los representantes de la Universidad Nacional (el Decano de medicina Manuel Antonio Rueda y el profesor de anatomía Héctor Pedroza), representantes del cuerpo médico de Popayán¹⁰ y el arquitecto de la Universidad del Cauca. En esta reunión se firmó un acta de acuerdo entre las dos instituciones, en la cual la Universidad del Cauca se comprometió a buscar financiación interna y nacional para el nuevo proyecto y a seguir los lineamientos estatutarios y el plan de estudio de la Universidad Nacional. En la cláusula 5 de la proposición de compromiso firmada por las dos instituciones, ratificada en el acuerdo 203 de mayo de 1950, se hace evidente la capacidad de poder que ejerció la Universidad Nacional sobre la naciente facultad de medicina “*la dependencia universitaria que se va a fundar estará supervisada y patrocinada por la Universidad Nacional*” (Unicauca, 1947b, Documentos de la facultad de medicina; Unicauca, 1950, Documentos de la facultad de medicina).

Sin embargo, sólo hasta 1950 se pudo reabrir la facultad de medicina, la cual inició labores el 3 de octubre. La demora estuvo dada principalmente por las dificultades en el acondicionamiento de la sede, la construcción del anfiteatro y la búsqueda de financiación nacional. Para superar los impases de esta fase fue fundamental la colaboración de Lemus Guzmán y Luis Carlos Pérez, este último también Senador de la República, y del Gobernador del Cauca en ese momento, Guillermo de Angulo, quien solicitó un auxilio extra al gobierno nacional (Unicauca, 1949, Documentos de la facultad de medicina).

Hasta este nivel se puede observar que los intereses de los dos grupos de agentes coinciden tanto a nivel intelectual como económico. Retomando la identificación del campo, el concepto de medicina preventiva aún no se hace evidente, sin embargo, el campo “facultad de medicina” en el cual esta imbuido se comienza a consolidar fuertemente, gracias a que en ella se puede obtener ganancias en los dos capitales en juego, el simbólico representado por el prestigio y renombre, que para el primer

¹⁰ Fueron invitados Julio Cesar Perafán, Alfonso Tenorio Nieto, Guillermo de Angulo, médicos de prestigio en Popayán, lo cuales se convirtieron en los profesores de la nueva facultad.

grupo les valdría el reconocimiento como “políticos honestos” y a los dos, como personajes prestantes comprometidos con la ciudad, esto les llevaría a ganar capital económico por mejorar su status social de confiabilidad.

En este momento el campo esta siendo tocado por el campo intelectual exclusivamente de la principal institución educativa del país, que favorece que la adquisición local y de los grupos sobre los capitales sea fluida, y por el campo político y económico que también están a favor de los intereses de los dos grupos.

3. 2 Los primeros años de la facultad de medicina

El inicio de las actividades académicas se dio con la decanatura de Néstor Santacoloma, quien estuvo en dicho puesto por un semestre, tiempo tras el cual renunció por dificultades de desplazamiento, quedando en reemplazo el Decano encargado, Álvaro de Angulo. El calendario académico de la facultad era (y sigue siendo) de tipo B; es decir, inician en octubre y culminan en julio-agosto del siguiente año, siendo primer semestre hasta febrero y el inicio del segundo semestre en marzo.

El primer año contaba con cuatro cátedras (anatomía, dibujo anatómico, física médica y química medica) y cinco profesores de medio tiempo, quienes eran Néstor Santacoloma y Álvaro de Angulo, Reinaldo Coronel, Julio Perafán y Leonardo Santamaría, respectivamente, este último Decano de la facultad de Ingeniería Industrial (Unicauca, 1950, Documentos de la facultad de medicina). Este plan de estudio era el mismo que tenía la Universidad Nacional; por tanto, seguían el modelo francés de educación médica, cuyo objetivo estaba centrado en la formación biopatológica, según lo recomendado por la Misión francesa contratada por el gobierno nacional en 1931.

En este esquema, se hacía hincapié en la enseñanza de la clínica, pero “teniendo buen cuidado de agregar a esta enseñanza primordial el conjunto de las disciplinas del laboratorio” (Colombia. Ministerio de Educación, 1931: 6). Con lo anterior se puede observar que ya para la época se había logrado realizar la integración entre las concepciones anatomopatológicas, fisiopatológicas y etiopatológicas, las cuales facilitaban comprender que los problemas de salud causaban alteraciones

anatómicas y fisiológicas detectables con un buen examen médico, complementado con paraclínicos que permitieran medir las alteraciones fisiológicas e identificar agentes etiológicos como los infecciosos. Todo ello se podía dar, siempre y cuando los estudiantes hubieran tenido suficiente formación en comprender los estados normales y patológicos del organismo, es decir, aprendieran anatomía, fisiología, histología, patología, bacteriología, física y química.

Al iniciar el segundo año en la facultad de medicina de la Universidad del Cauca, se incluyeron las cátedras de histología, anatomía patológica, parasitología y bacteriología, según el enfoque francés. Para ello la facultad necesitó contratar desde España a Enrique del Real Nestler ya que no encontraron un profesional para estos temas, y en las otras facultades no permitieron el préstamo de docentes. Esta situación de “importación” de docentes se realizaría en varias ocasiones desde Chile, Argentina y España; esta última por intermedio de Guillermo León Valencia, embajador colombiano en ese país. Sin embargo, este método tuvo problemas por costos¹¹, calidad, entendimiento entre profesores y estudiantes y las dificultades de desplazamiento y familia (Unicauca, 1951a, Documentos de la facultad de medicina; Unicauca, 1951b, Documentos de la facultad de medicina).

Entre 1952 y 1954 se aprobó la totalidad del plan de estudios de la facultad, el cual se basaba en el plan propuesto durante la II reunión de Decanos en 1950; sin embargo, en las actas de discusión del plan en la facultad se daba espacio a considerar los resultados de la segunda misión unitaria y los acuerdos llegados durante las reuniones de Decanos (Unicauca, 1952, Documentos de la facultad de medicina; Unicauca, 1953, Documentos de la facultad de medicina). No obstante, la última discusión se dio el 14 de julio de 1954, época donde aún no se había publicado el resultado de la misión Lapham; por tanto, en la orientación del plan de estudios se observa una persistencia de la orientación francesa pero con pequeñas modificaciones como la disminución de las cátedras de anatomía, enseñándose sólo en primer año; la enseñanza de la cátedra de psiquiatría y un amplio número de cátedras clínicas, siendo una copia casi idéntica al plan de estudio de la reunión de 1950. Sobre medicina preventiva, se seguía la concepción de Rosenau, por tanto existía una cátedra de higiene y medicina del trabajo en 6º año, con seis horas semanales, donde se estudiaba las medidas de saneamiento ambiental en su vida y su trabajo. Para esta cátedra se contrató a Gerardo Bonilla

¹¹ Todos los docentes debían ser de tiempo completo y con salarios en dólares o su equivalente.

Iragorri, quien a su vez fue nombrado jefe de clínica tropical en 4º año (Unicauca, 1954, Documentos de la facultad de medicina).

Como se puede observar los dos grupos de actores locales interesados en el desarrollo de la facultad continuaban liderando el proceso, por tanto el campo de la medicina preventiva seguía sin tener la identidad del nuevo concepto que estaba transformando la educación médica. A nivel nacional el campo educativo ya no estaba liderado totalmente por la Universidad Nacional sino por el comité de decanos de facultades de medicina, en cuya cabeza estaba la Universidad de Antioquia. Sin embargo, la influencia de la Nacional en la naciente facultad no se había perdido, lo cual generó que el plan de estudios siguiera siendo similar al que ellos tenían, persistiendo la cátedra de higiene. Cabe recordar que la Nacional fue quien financio la misión Lapham, razón por la cual no adaptó mucho su plan de estudios hasta conocer los resultados de la misma.

Aunque en este momento no es evidente porque la mayoría de actores involucrados con el proceso del Cauca estudiaron en la Universidad Nacional, la influencia de ésta en el desarrollo de la facultad comienza a entrar en crisis. Por una parte, por el proceso de reestructuración que sufre la Nacional para adaptarse al nuevo modelo educativo; por otra, por el liderato que toman las Universidades de Antioquia y del Valle al poder incorporar de forma exitosa estos cambios, logrando tener mayor desarrollo. Y además, los docentes de la facultad de Cauca eran canónicos, adaptando los cambios propuestos en las reuniones nacionales sobre el tema, con o cual pueden asegurar la estabilidad en la consecución de recursos económicos y evitar pleitos en el capital simbólico pues no hay forma de refutar los cánones nacionales.

3.3 El impacto de los seminarios de educación médica

Durante el primer seminario de educación médica, analizado en el capítulo dos, se resaltó que la Universidad del Cauca no tuvo ningún participante en el comité de medicina preventiva, a pesar de haber sido designado Reinaldo Coronel por el Consejo Consultivo para tal comité, ya que éste profesor estaba a cargo de las cátedras de parasitología y microbiología desde el inicio de la facultad, las cuales se incluyen como cátedras del después llamado departamento de medicina preventiva.

Como resultado del seminario, el Decano Miguel Gómez Vargas¹², comenzó una campaña de reestructuración de la facultad según lo discutido en la reunión de Decanos y en cada uno de los comités. Es así como, a partir de la sesión del 12 de enero de 1956 del concejo consultivo de la facultad, se inicia la organización de la facultad por departamentos, siendo Reinaldo Coronel el coordinador de medicina preventiva. El 16 de febrero el Consejo Directivo, en cabeza del Rector Reinaldo Muñoz, autoriza el nombramiento de Víctor Velazco Villaquirán¹³ (Vergara, 2006) para la nueva cátedra de bioestadística y epidemiología; y sigue Gerardo Bonilla con la cátedra de higiene y medicina del trabajo (Unicauca, C. D., 1956a, Documentos de la facultad de medicina).

No obstante, el proceso de integración y desarrollo del departamento no se había dado en la forma que se deseaba; por ejemplo, en las sesiones del Consejo Consultivo de junio se hizo una crítica a la falta de integración del departamento de medicina preventiva en las actividades clínicas, como la reunión de caso clínico-patológico (CPC). La principal falla del proceso radicó en la falta de conocimiento y apropiación del espíritu preventivista; es decir, se nombraron profesores sin especialidad en salud pública pero con conocimientos sobre algunas cátedras, esto dificultaba la integración y dialogo dentro del grupo de profesores del departamento. Paralelamente, si el departamento no promovía la prevención como estrategia importante para el manejo integral de los pacientes, los profesores de clínicas no incentivarían la enseñanza de la misma y la integración con otros profesores.

Adicionalmente, esta situación se puede deber al ingreso de un nuevo actor, que más que actor, es representante de una red de actores que representa el campo de la educación internacional. Víctor Velazco había estudiado en Estados Unidos, lo cual le dio la posibilidad de conocer la formación de médicos. Aunque se desconoce en que universidad estuvo, es probable que fuera en alguna donde la epidemiología fuera un área desarrollada, paralela al nacimiento de la medicina preventiva. Sin embargo, su inserción en el campo de la facultad fue difícil por lo cerrado del cuerpo médico que

¹² Miguel Gómez, payanés, médico internista de la Universidad Nacional, y llegó a la decanatura desde 1953, reemplazando a Marco Aurelio Zambrano.

¹³ Víctor Velazco era profesor desde 1954 en las cátedras de pediatría y auxiliar de historia de la medicina. Durante la entrevista con Leiden Vergara, él mencionó que Velazco había estado estudiando epidemiología en Estados Unidos antes de esta fecha y por ello lo habían nombrado profesor de esa cátedra. Sobre sus conocimientos dijo “no sabía mucho pero era muy práctico”.

inició el proceso de construcción, especialmente por parte de Reinaldo Coronel que veía una amenaza a su estatus de coordinador experimentado y con mayor trayectoria, comparado con un clínico recién graduado y Gerardo Bonilla, quien tenía amplios conocimientos en higiene pero no comprendía la dimensión de la medicina preventiva, viendo amenazada su cátedra en la facultad. Además, la personalidad de Velazco no parecía muy emprendedora e innovadora, lo cual le favoreció no entrar en una lucha muy abierta con sus compañeros de departamento.

Con esto se puede decir que el proceso de creación del departamento de medicina preventiva se debió al cumplimiento formal de la recomendación dada en el primer seminario de educación médica, más no a un compromiso real por parte de los profesores de la facultad por conocer el fundamento teórico de las reformas que se estaban implantando, propiciando que el nombre de Velazco y los conocimientos y contactos con la red internacional se limitaran.

Ante esta situación se realizó una reunión en la facultad de medicina el 14 de junio de 1956, en la que participaron el decano y los profesores de algunos departamentos¹⁴. Allí se analizaron las asignaturas mínimas que debían ser dictadas por el departamento de medicina preventiva según lo discutido en el seminario de Cali y en el segundo seminario de educación médica de América Latina al que acababa de asistir Bonilla y Gómez en Tehuacán, México¹⁵ (Unicauca, C. C. F. d. m., 1956, Documentos de la facultad de medicina).

En este congreso Gerardo Bonilla y el Decano Gómez entran en contacto con la red internacional de educación, la cual estaba influenciada directamente por la Fundación Rockefeller ya que ellos estaban interesados en que se promocionara el nuevo modelo de educación médica, que incluía la formación en medicina preventiva. Es de esta manera que otro grupo de actores entran a influenciar la creación del departamento de medicina preventiva, apoyando las propuestas del campo educativo nacional. Esta transformación no costó muchos problemas ya que quienes trajeron la información fue el cuerpo médico inicial, permitiendo que Bonilla tuviera la potestad de organizarla según sus

¹⁴ Miguel Gómez, Víctor Velazco, Gerardo Bonilla, Reinaldo Coronel, Marco Zambrano, Ernesto del Real Nestler, Jaime Arboleda, Ernesto Soler y Juan Muñoz respectivamente.

¹⁵ El Seminario de Tehuacán estuvo organizado por la Oficina Sanitaria Panamericana en abril de 1956. En él se ratificaron las recomendaciones del seminario de Viña del Mar sobre los objetivos, metodologías y programa del departamento de medicina preventiva, basado en la concepción de Leavell y Clark.

conocimientos y conveniencias, recibiendo el apoyo de todos los docentes, pero manteniendo sus principios canónicos.

Como resultado de esta información (discusión que no aparece en el acta), quedó organizado el plan de estudios de la siguiente manera: estadística (II semestre, 2º año), epidemiología (II semestre, 3º año), medicina preventiva y salud pública (anual, 5º año), nutrición (II semestre, 3º año), parasitología (I semestre, 2º año), microbiología (II semestre, 2º año), laboratorio clínico (II semestre, 3º año). Este plan se aprobó por medio de la resolución No. 6 del 2 de julio de 1956, y se ratificaron los docentes Velazco en epidemiología y estadística, Coronel en microbiología, parasitología y laboratorio clínico y Bonilla en epidemiología y medicina preventiva y salud pública. Junto con reformas también en otros departamentos, el plan de estudios en general comenzó a transformarse hacia la orientación de la educación estadounidense (Unicauca, C. C. F. d. m., 1956, Documentos de la facultad de medicina).

En Septiembre de 1956 se realizó un cambio de directivas en la Universidad, y por ello asumió la decanatura Edgar Penagos Casas, quien desde un inicio mostró la intención de seguir con los compromisos y recomendaciones dadas por las comisiones estadounidenses y colombianas. Esto se observa en la discusión dada en el Consejo Directivo para realizar un recorte presupuestal, prescindiendo de forma temporal de los profesores de tiempo completo; propuesta que no aceptó Penagos porque era una de las mayores recomendaciones para mantener la calidad de la educación en medicina. A cambio de ello propuso aumentar el valor de las matriculas y hacer subsidios a los estudiantes realmente pobres. Al final del concejo, la medida de recorte de profesores se llevó a cabo en las facultades de derecho e ingeniería, pero no en la facultad de medicina (Unicauca, C. D., 1956b, Documentos de la facultad de medicina).

Otra situación donde se observa que los directivos y profesores de la facultad tenían un sentido de respetar las recomendaciones y seguir los mismos lineamientos de todas las facultades del país, fue la resolución de la huelga de estudiantes en enero-febrero de 1957. La Federación de Estudiantes estaba protestando porque se diera la abolición del año integral el cual estaba perjudicando el

rendimiento, la calidad y las oportunidades de los estudiantes¹⁶. La respuesta de las directivas fue la suspensión temporal del año integral, mientras se conciliaba una reforma, pero sujeto a lo que se acordara en las reuniones de Decanos y durante el segundo seminario de educación médica. Al final de estas reuniones fue nuevamente ratificado este sistema, continuando el año integral en todas las facultades de medicina.

Otro evento interesante, donde se observa el sentido de respeto por los acuerdos nacionales y la búsqueda de oportunidades, se dio en enero de 1957, cuando el Decano rendía un informe sobre el funcionamiento de la facultad en el Consejo Directivo, y resaltó, entre otras cosas, la necesidad de colocar un jefe de departamento de tiempo completo, ya que aquellos que no lo tenían funcionan deficientemente. Ese era el caso de medicina preventiva, en donde además, no existía un magíster en salud pública trabajando en el departamento. Ante esta situación, Penagos propuso nombrar a José María Delgado como jefe del departamento de medicina preventiva, ya que era el único profesor que acreditaba esta especialidad, aunque estaba trabajando con el departamento de medicina. Durante la justificación, el Decano mostró la importancia de la medicina preventiva en la formación profesional, y comentó la necesidad de organizar el departamento para poder recibir apoyo económico y en recursos físicos de fundaciones estadounidenses, como la fundación Rockefeller, según la experiencia que se observaba en la facultad de medicina de la Universidad del Valle (Unicauca, 1957a, Documentos de la facultad de medicina).

Sin embargo, la jefatura del departamento de medicina preventiva tuvo varios problemas y terminó siendo medio tiempo, contrato que ya tenía Delgado con las cátedras de Dermatología y agregado de Anatomía. Al parecer la salud pública no era su pasión, pues sólo aceptó cuatro horas como jefe del departamento y prefirió tomar la cátedra de patología tropical. Además, hacia julio del mismo

¹⁶ El año integral estaba funcionando desde el inicio de la facultad en 1950, por recomendación de la II reunión de Decanos. Consistía en no permitir la promoción a estudiantes que hubieran perdido materias, siendo el máximo de dos para poder repetir el año; tres o más era causal de expulsión de la facultad. El objetivo era evitar la graduación de médicos sin las capacidades profesionales y éticas necesarias para tal oficio, favoreciendo que los estudiantes malos o indeseables salgan en los primeros años; Además, se evitaba que a nivel de clínicas llegaran muchos estudiantes y la enseñanza se volviera de menor calidad por no ser casi personal sino a grupos grandes.

año, Álvaro de Angulo, titular de anatomía, renunció por problemas personales¹⁷, pasándole la carga académica de forma temporal a César Obando y José María Delgado.

Hasta este momento se pueden identificar que el naciente campo de la medicina preventiva ha tenido muchos tropiezos y que el apoyo fundamental se lo ha dado el campo de educación nacional y la red internacional. Esta situación comienza a mostrar una división en el cuerpo médico que iniciaron en el campo de la facultad, ya que unos querían mantener sus conocimientos y les era difícil comprender los nuevos cambios estructurales, máxime si se tiene en cuenta que, como dice Jorge Andrade, en América Latina las reformas fueron de forma más no de contenido teórico, persistiendo un híbrido de dificultó la adaptación de los nuevos modelos a las realidades locales (Andrade, 1978b, 12: 7).

Por otra parte, estaban los profesores que tenía una intención de cambio más radical, buscando adaptarse en todo sentido a las recomendaciones de los dos campos educativos, como era el caso de Edgar Penagos, quien buscaba ganar reconocimiento local e internacional y aumento de los ingresos para la facultad, apoyaba los cambios. Este subgrupo tuvo mayor liderazgo pues fueron ellos los que continuaron con el decanato y las coordinaciones, abriendo la brecha entre el cuerpo médico.

En la decanatura de Víctor Gabriel Caicedo (quien reemplazó a Penagos en Marzo de 1957), se aprobó el plantel docente de la facultad en el acta No. 27 de septiembre de 1957 del concejo directivo (Unicauca, 1957b, Documentos de la facultad de medicina; Unicauca, 1957c, Documentos de la facultad de medicina). En el aparece sólo dos profesores de tiempo completo (Juan Muñoz y Jorge Porto, extranjeros y profesores de ciencias básicas); medio tiempo para José María Delgado como jefe del departamento de medicina preventiva y profesor de dermatología y patología tropical; hora cátedra para Reinaldo Coronel, Víctor Velazco y Gerardo Bonilla, este último con la cátedra de higiene. A este punto se resalta la poca atención que pudo tener el jefe sobre el departamento al tener otras cargas académicas, y la persistencia de la cátedra de higiene, ubicando a Bonilla en el grupo

¹⁷ Después de su renuncia, Álvaro de Angulo trabajó como médico cirujano. Hacia 1958 fue nombrado secretario departamental de salud del Cauca, y hacia 1963 fue nombrado ministro de salud en el gobierno de Guillermo León Valencia, pues su familia era conservadora.

de los que querían mantener el modelo antiguo de educación, a pesar de su introducción en la red internacional¹⁸.

En octubre de 1957 se iniciaron los preparativos para el II Seminario de Educación Médica. Julio Cesar Perafán, subdecano de la facultad de medicina del Cauca y miembro del grupo de actores activistas por el cambio, organizó los profesores que participarían en los grupos de trabajo dentro del seminario asignando a Delgado, Bonilla y Coronel en el grupo V de medicina preventiva y a Velazco en el de psiquiatría. Luego del segundo seminario, la facultad se comprometió a seguir con la integración entre ciencias básicas y clínicas y de fomentar la medicina preventiva y las cátedras que la componen. Esto se observa en la resolución No. 3 del 13 de febrero de 1958, por medio de la cual el Consejo Consultivo organiza algunos servicios, entre ellos el de estadística para todas las dependencias de la facultad y el hospital (Consejo Consultivo Facultad de medicina Unicauca, 1958c, Documentos de la facultad de medicina). Hacia septiembre, el Consejo Directivo, en cabeza del Rector Lemus Guzmán y el Decano Jaime Arboleda, presentaron un plan de organización de los departamentos, especialmente con los de clínicas, para aumentar la integración entre cátedras y docentes, evitando así el ausentismo laboral, pues alguno de los docentes del departamento debía estar en la capacidad de reemplazarlo. En esta organización determinaron el tiempo de dedicación, asignándose tiempo completo a los profesores de ciencias básicas, medio tiempo a algunos de clínicas, y hora cátedra a los demás, incluidos los docentes del departamento de medicina preventiva, excepto José María Delgado, jefe, quien seguía medio tiempo.

Fue así que los departamentos quedaron organizados de la siguiente manera:

1. *Departamento de morfología:* anatomía I y II - histología y embriología.
2. *Departamento de ciencias fisiológicas:* fisiología - bioquímica - farmacología - biofísica - biología y genética - inglés médico.
3. *Departamento de patología:* histología - anatomía patológica - autopsias.
4. *Departamento de medicina preventiva:* medicina preventiva - bioestadística - nutrición - epidemiología - microbiología - parasitología - laboratorio clínico - hospital.

¹⁸ En la búsqueda de documentación no se pudo conocer cuáles eran los temas que comprendían cada una de las cátedras; sin embargo, es probable que persistiera el enfoque francés ya que el profesor Bonilla no había tenido formación en el área, excepto su asistencia a los seminarios de educación médica.

5. *Departamento de medicina interna:* semiología - clínica médica I y II - dermatología - radiología - terapéutica.
6. *Departamento de cirugía:* técnica quirúrgica - clínica quirúrgica - hospital - urología - ortopedia y traumatología - otorrinolaringología.
7. *Departamento de obstetricia y ginecología:* obstetricia I - clínica obstétrica - clínica ginecología.
8. *Departamento de pediatría:* clínica pediátrica.
9. *Departamento de psiquiatría:* psiquiatría - psicología medica - medicina legal - deontología medica - historia de la medicina.
10. *Departamento de consulta externa:* consulta general - consulta especializada - urgencias - anestesiología - laboratorios y banco de sangre.

En el segundo seminario se puede observar una integración mucho más abierta entre los campos de educación nacional e internacional y el apoyo de la fundación Rockefeller en la modificación del modelo educativo, interfiriendo desde lo económico como motor para el incentivo de cambio, ya que la fundación daba becas, recursos económicos, dotaciones y personal a las facultades interesadas en adaptarse al cambio, según lo mostraba en Cali y en Medellín. Esta situación motivó más a que el grupo médico vanguardista se sintiera más motivado a adaptarse a las recomendaciones de los seminarios, buscando participar como un grupo fuerte capaz de liderar procesos preventivos y obtener papel protagónico en el ámbito nacional e internacional. Dentro de los actores de este grupo se resalta el compromiso de Lemus Guzmán, quien en ese momento era el rector de la Universidad. Las tensiones en el campo de la facultad dieron preferencia hacia el grupo que apoyaba los cambios hacia el modelo americano, según se mostró con el nuevo plan de estudios.

Entre 1958-1959 se hizo una pequeña modificación al plan de estudios, pasando metodología estadística a segundo año y epidemiología, bioestadística y medicina preventiva y salud pública para 6º año, aunque seguían siendo cátedras de un semestre. En este momento, el departamento contaba con ocho docentes y un jefe para cubrir con la carga académica, pues era el departamento con mayor número de cátedras. Es también en este momento que se inician los trabajos de atención médica en el centro piloto, propuesta hecha por el jefe Delgado, cambiando la intensidad horaria de los estudiantes de 6º año, de 2 horas semanales teóricas a una hora teórica y una hora práctica

(Consejo Consultivo Facultad de medicina Unicauca, 1958a, Documentos de la facultad de medicina).

También en este período se reunieron los Rectores con la junta directiva de Ascofame. A ella asistió Lemus Guzmán, quien hizo gestiones, principalmente para aumentar el presupuesto de la Universidad. Dentro de las recomendaciones que se generaron de esta actividad, el presidente de Ascofame Gabriel Velásquez Palau, hizo énfasis sobre la necesidad de incentivar la acción social preventiva a nivel urbano y rural, como una forma de establecer puentes entre la facultad y la realidad social, siendo importante que los departamentos de medicina preventiva tuvieran el suficiente apoyo de la Universidad y se diera una verdadera integración entre departamentos. En esta coyuntura, el Decano Caicedo y Jaime Arboleda, solicitaron al Rector que les informara sobre la construcción del centro piloto de salud Alfonso López, adelantado por la Secretaría de Obras Públicas del Departamento del Cauca, esperando que la facultad pudiese realizar prácticas de medicina en sus instalaciones, principalmente, desarrollar programas del departamento de medicina preventiva.

3.4 Una crisis institucional y el verdadero inicio de la medicina preventiva

Para 1958 el Consejo Directivo estaba conformado por Mario Ante Etayo, Director de Educación Pública, Antonio Lemus Guzmán, Rector, y los consejeros Paulo Emilio Bravo, Guillermo Gómez Segura, Jorge Illera Fernández, Jaime Arboleda (Decanos) y Alfonso Cabra Lara. Cambiaron el Estatuto Orgánico de la Universidad, con lo cual se modificó la composición y funciones de los consejos consultivos. Ante esta situación, el consejo de la facultad de medicina¹⁹ les envió la moción No. 1 del 22 diciembre 1958. En ella expresaron que no lo aplicarían en la facultad, ya que no estaba acorde con las recomendaciones de los dos seminarios de educación médica y las misiones nacionales e internacionales (Consejo Consultivo Facultad de medicina Unicauca, 1958b, Documentos de la facultad de medicina).

¹⁹ El concejo consultivo de la facultad de medicina estaba integrado por Jaime Arboleda, Antonio Illera R, José María Delgado, Eduardo Neira, Ernesto Soler Segura, Miguel Gómez, Edgar Penagos y Víctor Caicedo

Hasta este momento el apoyo entre el cuerpo médico y la rectoría había sido constante, sin embargo, ante la pérdida de liderazgo, poder político y autonomía en el desarrollo de la facultad se empieza a dar una crisis que llevaría a dividir los caminos e intereses de estos dos grupos que se recrudecería como aparece a continuación.

Producto de este desacuerdo se dio un cambio en la nómina directiva de la facultad, por lo que sube a la decanatura en enero de 1959 Gustavo Fernández, médico cirujano egresado de la Universidad de Antioquia, que estaba en la planta docente desde 1954. Al inicio de la decanatura, Fernández, junto con los miembros del Consejo Consultivo Jaime Fals, Marco Tulio Kimmel y Álvaro Mosquera Chaux, hicieron un balance del funcionamiento de los departamentos para identificar problemas y hacer una reestructuración, que en palabras de José Vicente Erazo (Erazo, 2006), fue cambiar el modelo francés de cátedras, por clases con mayor énfasis práctico, integración de temas y cátedras, y una verdadera adaptación al modelo flexneriano, que se había iniciado desde las recomendaciones del primer seminario, pero no había tenido verdaderos resultados.

Durante el análisis de los departamentos se habló acerca del de medicina preventiva. Mosquera Chaux propuso pedirle al Rector que nombrara a Gerardo Bonilla como jefe del departamento, previo conocimiento de su plan de mejoramiento. Además, propuso que Bonilla y Velazco fueran nombrados de tiempo completo. Adicionalmente, Fernández planteó solicitar ayuda a Héctor Abad Gómez y Santiago Renjifo para que fueran a Popayán y ayudaran a organizar dicho departamento. De esta última propuesta, sólo la aceptó y concretó Abad Gómez; la cual efectivamente se realizó; pero sin embargo, no se encontraron escritos sobre su visita o sus recomendaciones (Consejo Consultivo Facultad de medicina Unicauca, 1959a, Documentos de la facultad de medicina).

Otro punto importante para la reforma fue el nombramiento de docentes con títulos universitarios en especialidades. Antes de las reformas iniciadas después de la segunda reunión de Decanos en 1950, y cristalizadas en 1959 con la creación de Ascofame, no existía reglamentación nacional sobre la educación de postgrado; por tanto, las especialidades se obtenían mediante un período de máximo dos años en el departamento de interés realizando la práctica clínica, al cabo del cual se le daba el reconocimiento como especialista pero sin diploma, siendo este el caso de la mayoría de los docentes antiguos de las facultades.

Es en el marco de esta reforma que empezaron a llegar a la facultad de medicina de la Universidad del Cauca, médicos especialistas graduados desde la Universidad de Antioquia en calidad de intercambio o con contratos definidos, principalmente a los departamentos de fisiología, medicina interna, cirugía y medicina preventiva. Ejemplos de ello están los contratos de Ricardo Cediell en reemplazo de Ernesto Soler Segura en semiología o el de Jaime López para abrir por primera vez la cátedra de traumatología.

Otro aspecto fue el cambio de las funciones básicas de los departamentos, lo cuales ya no sólo estaban encaminados a la docencia sino también hacia el desarrollo de investigación y contacto con las comunidades. Por ejemplo, el departamento de medicina interna suprimió el cargo de jefe de clínica médica y se reemplazó por el de investigación, trayendo como docente a Armando Montoya Uribe. También se organizó la admisión a las residencias a través de un examen y no sólo por aprobación de los docentes de cada departamento; de esta manera se buscaba que entrara el mejor estudiante a las seis residencias que estaban funcionando en ese momento²⁰, las cuales se ampliaron a todos los departamentos, incluido el de medicina preventiva (Unicauca, 1959, Documentos de la facultad de medicina).

El panorama de la facultad se vuelve tenso ya que se disocia totalmente el poder central de la Universidad, cuya meta era mantener las buenas relaciones con la red internacional de educación, y el cuerpo médico. En este momento Lemus Guzmán se apoya en sus aliados de campo que serían los antioqueños, ya que ellos son más cercanos a Popayán porque entre Cauca y Cali ha existido una disputa histórica por poder territorial, económico, de liderazgo, donde Cauca ha terminado siendo la más perjudicada, especialmente después de la separación del Gran Cauca.

El nuevo grupo de actores que intervienen en el proceso y vienen a darle consistencia al campo de la facultad y de la medicina preventiva tienen el apoyo incondicional de Lemus y de los campos nacionales e internacionales. A este grupo se le unen algunos egresados y médicos payaneses que ven en el nuevo modelo una forma de mejorar la educación aprendida, repercutiendo en calidad

²⁰ Clínica médica, clínica quirúrgica, anatomía patológica, clínica pediátrica, obstetricia y ginecología y radiodiagnóstico.

para la población, por ende mayor prestigio y dinero. Por su parte el cuerpo médico, que había empezado a polarizarse se vuelve a consolidar para evitar que agentes externos ganen el poder que siempre han tenido.

Esta situación que inició con los desacuerdos entre los directivos de la facultad y la Universidad, y se agudizó con las reformas implantadas en el decanato de Fernández. Ello afectó en dos sentidos a los profesores payaneses; por un lado, al verse relevados de sus posiciones prestantes en la facultad, y por otro, al sentir una amenaza sobre sus puestos, ya que la mayoría de ellos no tenían especialidades acreditadas. El producto de estas circunstancias se presentó renuncia de profesores en julio de 1959, entre los cuales estaban Marco Zambrano, Víctor Caicedo, Antonio Illera y Reinaldo Coronel, antiguos miembros del Consejo Consultivo. Sin embargo, estas renuncias no fueron aceptadas por el Consejo Directivo, en cabeza de Lemus Guzmán, y el Consejo Consultivo se solidarizó con lo expuesto por el Consejo Directivo (Consejo Consultivo Facultad de medicina Unicauca, 1959b, Documentos de la facultad de medicina). En el acta del 31 del mismo mes se aprobó la nómina de profesores; en ella estaban los profesores renunciantes en sus mismas cátedras y condiciones salariales, pero de ellos Marco Zambrano y Víctor Caicedo no volvieron a la docencia en la facultad; por tanto, esta tensión no quedó resuelta del todo, y volvería a generar problemas más adelante.

A pesar de las presiones, Gustavo Fernández continuó con su proyecto de innovación universitaria. Para ello estableció contacto con la Universidad del Valle, quienes le pusieron en comunicación con las fundaciones Rockefeller y Kellogg. La facultad preparó una visita para febrero de 1960, con la intención de presentar los programas, los adelantos y dificultades, y establecer un cronograma de trabajos conjuntos con estas instituciones. Para la visita, el Decano solicitó al recién posesionado Rector Miguel Ángel Zúñiga, el traslado de la facultad al liceo de varones, pues las instalaciones estaban en pésimas condiciones y eso demeritaba la facultad y dificultaría la recepción de apoyo internacional.

La visita se llevó a cabo el 11 de febrero de 1960, con la llegada de Ernest Carroll Faust, Ralph Baillif y Robert Lennox como representantes de la Universidad de Tulane, y Gabriel Velásquez y Henry Simmender, Decano y subdecano de la Universidad del Valle. El resultado fue positivo para

la facultad, ya que quedaron impresionados con los avances obtenidos, comparados con el informe de la visita realizada anteriormente. Apreciaron una gran integración entre preclínicas y clínicas, principalmente en el departamento de medicina interna. Con ello Faust propuso motivar a los estudiantes al relevo generacional, pudiéndose facilitar becas con la Universidad de Tulane para que realizaran estudios de postgrado. Además, les prometió enviar un informe positivo a Max Lapham y demás directivas de la Universidad (Unicauca, 1960a, Documentos de la facultad de medicina). En Agosto llegó una comunicación de alabanza de dicha Universidad, firmada por Walter Unglub.

Hacia julio de 1960, Gerardo Bonilla muere. Ante esta situación el Decano de medicina, Gustavo Fernández, pide colaboración a Héctor Abad Gómez, quien recomienda a su discípulo Guillermo Restrepo Chavarriaga. En sesión del 20 de julio de 1960, Fernández anuncia la aceptación de Restrepo en el cargo de jefe del departamento de medicina preventiva; Marco Tulio Kimmel contrapropone a Jaime Borrero²¹, ya que él tenía experiencia y conocimientos suficientes en el área de medicina preventiva y podía ocupar la jefatura por medio tiempo y el otro medio como docente de medicina interna, reemplazándolo mientras realizaba su estudio en el exterior. Fernández no acepta la propuesta, pues Abad y Alfonso Aguirre no querían que se fuera Borrero, dado que era el contacto clave entre la dos facultades de medicina. Kimmel propone entonces que se traiga a Borrero en calidad de préstamo por un año, a lo cual Fernández se negó afirmando que se necesita un jefe de dedicación exclusiva, además, Borrero no podía tener medio tiempo en medicina interna pues Kimmel aún no había hecho efectiva su beca de estudios (Consejo Consultivo Facultad de medicina Unicauca, 1960b, Documentos de la facultad de medicina).

Al final de la reunión quedó aceptado Guillermo Restrepo al cargo de jefe del departamento de medicina preventiva. Fue así que en el acta No. 47 del 29 de agosto de 1960, el Decano pidió autorización al Consejo Consultivo para nombrar a Guillermo Restrepo de tiempo completo por dos años, renovables por el tiempo que éste deseara, a diferencia otros contratos firmados para la época.

A Guillermo Restrepo los estudiantes le llamaban “El Tractor” por su espíritu incansable, activo, trabajador y dedicado a la docencia. Con la llegada de Restrepo, la organización del departamento

²¹ Jaime Borrero, médico internista nefrólogo, quien estaba liderando el proceso de cambio en el currículo académico, haciendo una mayor integración entre las ciencias clínicas y la medicina preventiva y salud pública.

cambió, ya que se orientó hacia una disminución de clases teóricas y aumento de la práctica en el centro de salud Alfonso López, iniciándose una nueva mirada del departamento “ya no como una costura sino como una materia importante”²². Para ello solicitó la creación del cargo de secretaria para el departamento, nombramiento que se dio el 24 de noviembre; también solicitó una enfermera de salud pública para el centro piloto, posesión que se dio en enero de 1961 (Unicauca, 1960b, Documentos de la facultad de medicina).

En su propuesta de reforma del plan de estudios, solicitó una rotación de dos meses por el centro piloto durante el año de internado (sexto año), reforma que fue aprobada para el plan 1960-1961. Además, pudo aumentar la intensidad horaria desde 1960, pasando de 2 horas semanales en tercer año en medicina preventiva, a cinco, teniendo una hora diaria con los estudiantes. Cuando ellos pasaron a cuarto año tuvieron cuatro horas diarias de medicina preventiva y salud pública durante el primer semestre (Consejo Consultivo Facultad de medicina Unicauca, 1960a, Documentos de la facultad de medicina). En este tiempo los estudiantes tenían clases teóricas, las prácticas se llevaron a cabo en el centro piloto o hacían visitas domiciliarias en el barrio Alfonso López. Se le asignaba una familia a cada estudiante, quien debía hacer el análisis de la composición familiar, características económicas, sociales y culturales, y el análisis médico detallado a cada miembro, incluido los exámenes de laboratorio y si alguno tenía problemas de salud, eran atendidos en el centro con ayuda de los internos y docentes que estaban colaborando (Vergara, 2006).

Con Restrepo se desarrolló el centro piloto de salud y estableció en éste los programas de vacunación, consulta externa y control de enfermedades de transmisión sexual. Adicionalmente, propuso al Consejo Directivo analizar la viabilidad de cobrar por servicios prestados en dicho centro de salud como una forma de ingresos adicionales para mantenimiento del mismo centro, propuesta que fue bien acogida y analizada con el síndico.

Como docente estaba encargado de la enseñanza de la epidemiología, estadística, medicina preventiva y administración (estudio de enfermedades infecciosas, nutrición, administración fue poca). Además, empezó a dar nociones de sociología y antropología, por medio de charlas e

²² Esta frase fue repetida por todas las personas con quienes se tuvo contacto, ya fuera en entrevista formal o charla informal.

invitados expertos en el tema. Para sus clases estimulaba la participación de estudiantes con el fin de crearles una conciencia crítica y motivar los análisis lógicos de las situaciones sociales y de salud. También hacía frecuentes invitaciones a profesores de ciencias básicas, microbiología y parasitología, así como profesores de diversas áreas de la Universidad de Antioquia. Era aislado en el trabajo por la falta de interlocutores y aceptación en el medio clínico; sin embargo, estuvo pendiente para que cuando existieran casos de enfermedades infecciosas como tuberculosis, ascaridiosis o leishmaniasis, para asistir a las reuniones clínicas y participar dando la visión desde la salud pública, motivando los demás docentes y estudiantes. Los CPC permitieron una breve integración, ya que la historia clínica a presentar la realizaban estudiantes de clínicas y de medicina preventiva, haciendo un análisis completo de la situación familiar y de la enfermedad a estudiar, mostrando la utilidad de mirar más allá del paciente (Erazo, 2006, ; Vergara, 2006).

Sin embargo, hubo tensiones entre los departamentos de medicina preventiva y clínicas, principalmente con el de cirugía, ya estos profesores sentían un desplazamiento de sus actividades, pues la reforma disminuyó el tiempo en clínicas. Además, los estudiantes dedicaban un buen tiempo de su período libre a los trabajos y análisis que les proponía Restrepo, disminuyendo el rendimiento y concentración en cirugía. Como el Decano apoyaba los proyectos de Restrepo, los profesores de clínicas mostraron su inconformidad al no permitir una adecuada integración entre actividades y esta situación permaneció en el tiempo sin solución, aumentando las tensiones que existían entre los antioqueños y payaneses (Sussmann, 2006).

A principios del año 1961 se volvieron a presentar tensiones evidentes entre los profesores antioqueños y los payaneses, como muestra de un acúmulo de sentimientos generados desde 1959. Esta vez la disputa se llevó al medio público cuando Gerardo Paz Otero²³ publicó en el periódico El liberal el 17 de enero de 1961, una columna titulada “Los fueros del hospital”. En el artículo, Paz Otero hacía comentarios en contra de las directivas de la facultad sobre su actuación en la Junta directiva del Hospital Universitario San José (Paz Otero, 1961, 6). Hacia julio de 1960, el Decano Gustavo Fernández y el subdecano Antonio Illera hicieron la moción No. 17 donde le solicitaban al

²³ Gerardo Paz Otero era payanés, médico psiquiatra de la Universidad Nacional. Estuvo trabajando en la clínica de Pubenza y, por tanto, participó en la reapertura de la facultad de medicina. Perteneció al Consejo Directivo de la Universidad como consultor, y fue profesor de historia de la medicina y deontología en la facultad de medicina, así como profesor de deontología en la facultad de derecho. Adicionalmente, Paz Otero, colaboraba con una columna médica en el periódico el Liberal.

ministro de salud, Alfonso Ocampo Londoño, que nombrara a un docente de la facultad en la Junta del hospital ya que existía un convenio docente-asistencial y la Universidad apoyaba de forma económica y con docentes. La petición fue concedida y se nombró a Fernández como dicho representante. En 1961, con Álvaro de Angulo en el ministerio, cambian a Fernández por Carlos Alberto Perafán, director departamental de salud pública, hecho que motivó el envío de una carta al presidente Alberto Lleras Camargo por parte de 17 docentes solicitando le devolvieran el puesto a un representante de la facultad. Paz Otero afirma que el puesto siempre fue del director departamental de salud pública, quien en 1960 era Marco Antonio Zambrano, y el problema se inició con el nombramiento de Fernández sin justificación clara (Consejo Consultivo Facultad de medicina Unicauca, 1961, Documentos de la facultad de medicina; Paz Otero, 1961b, Documentos de la facultad de medicina).

Con esta actitud Paz Otero delató el rechazo que sentía contra las propuestas de la decanatura antioqueña. Parece que a su concepto, los cargos administrativos tanto en la ciudad como en los estamentos académicos debían ser de médicos de Popayán, miembros del Colegio Médico del Cauca (Paz Otero, 1961b, Documentos de la facultad de medicina).

Este artículo generó una fuerte crítica en el Consejo Consultivo, principalmente de Fernández e Illera, calificándolo de desleal pues pertenecía al Consejo Consultivo como representante del Colegio Médico de Popayán²⁴. Este se defendió afirmando que solo dijo la verdad y que cuando escribió lo hizo en calidad de ciudadano. A esto respondió el Consejo Consultivo solicitándole su renuncia del puesto en el consejo, la cual no aceptó, pero tuvo que acatar por orden del Consejo Directivo.

Sin embargo, mientras Paz Otero estuvo en el Consejo Consultivo (hasta marzo de 1961), continuó el ataque contra Fernández por varios motivos ya fuera por docentes o por reformas que quería implantar como la abolición de las tesis de grado. Uno de estos casos fue el problema entre estudiantes y el profesor Edgar Penagos Casas. Este profesor fue criticado porque, según los estudiantes, en su cátedra y dirección del departamento era negligente e indiferente, daba mal trato a

²⁴ El Colegio Médico fue fundado en 1940, y al él pertenecía todos los médicos de Popayán. Era una entidad cerrada, clasista y con poder político importante.

los pacientes y estaba incumpliendo el compromiso con la Universidad, ya que le había financiado para viajar a Estados Unidos a especializarse en Oftalmología y Otorrinolaringología. Fernández llevó las peticiones de los estudiantes ante el Consejo Consultivo y, posteriormente, directivo. A ello Paz Otero escribió una carta afirmando que Fernández no tenía suficientes razones para fundamentar la incompetencia docente de Penagos, que las acusaciones eran de algunos estudiantes, ya que él había preguntado a otros docentes y a egresados o de cursos avanzados y no había escuchado esos comentarios, llegando a afirmar que Fernández tenía una persecución contra los payaneses, pues no es el primer docente payanes que saldría en su decanatura, mientras contrataba más personal de Antioquia²⁵(Paz Otero, 1961a, Documentos de la facultad de medicina). El concejo directivo resolvió el problema solicitando otro docente de apoyo en la cátedra de órganos de los sentidos, bajando a Penagos a medio tiempo. Otro golpe para el orgullo payanés y una victoria para la decanatura de Fernández, quien continuaría con sus proyectos de reforma.

Uno de los proyectos que se dieron después de este episodio, fue el contrato con la Gobernación del Cauca para construir, cofinanciar y organizar el Centro Piloto de Salud Alfonso López. Este proyecto de construcción del centro había empezado en 1957 a manos de la secretaria departamental de salud, y aunque estaba funcionando, la obra no estaba totalmente terminada ni con los implementos necesarios para prestar un adecuado servicio a la comunidad. Fue por ello que la facultad inició negociaciones con el Gobernador, comprometiéndose las directivas de la Universidad con recursos económicos y humanos, pero en contraparte de la partida presupuestal del gobierno, pues el área de influencia del centro sería una gran cantidad de población indígena y de bajos recursos.

Sin embargo, las negociaciones no tuvieron un final conciliado y la gobernación cada día ponía más trabas al proceso, aprovechando que la facultad tenía una gran necesidad de desarrollar trabajos prácticos en el centro como una manera de que los estudiantes aprendieran medicina preventiva y conocieran la realidad del país, como lo afirmó en un comunicado el Decano Fernández: “El centro

²⁵ Una muestra de esta disputa se observa en algunos apartes de la mencionada carta: “Que la obstinación del Sr. Decano en querer demeritar la reputación profesional del profesor Penagos alegando falta de colaboración docente asistencial, da pábulo a conjeturar sobre hostilidad para con los profesionales oriundos de la ciudad.”

piloto es necesario para que funcione el departamento de medicina preventiva” (Moción No. 65 del 19 de abril de 1961 del Consejo Consultivo).

No obstante, y para buena suerte del proyecto, en septiembre de 1961 fue elegido Gobernador del Cauca Antonio Lemus Guzmán. Al mes siguiente las directivas de la facultad tenían listo el proyecto de Ley para que se estableciera centro piloto. Como director del proyecto y de la construcción estuvo Guillermo Restrepo, quien tenía el apoyo del Consejo Directivo. Una anécdota que parece favoreció la feliz culminación del proyecto fue el hecho que Restrepo hubiera atendido a Lemus Guzmán durante una enfermedad infecciosa; con ello entablaron una amistad que le sirvió a Restrepo para motivar al nuevo Gobernador a construir en el centro un laboratorio para este tipo de enfermedades, mostrándole lo importante que resultaba la investigación y las campañas educativas en esta área. Aunque no se puede comprobar la veracidad de la anécdota, lo real fue que Lemus Guzmán estaba apoyando desde el principio a Fernández y todas las reformas que trajeran adelantos para la facultad, la Universidad y la sociedad payanesa.

Por esa misma línea, se iniciaron conversaciones con la Junta del Hospital “La Niña María” de Caloto hacia finales de 1961, el cual servirá para realizar internado a los estudiantes de 7 año, y aplicar los conocimientos adquiridos en medicina preventiva y curativa, aumentando el contacto real con la comunidad. El contrato se hizo entre el Rector Miguel Zúñiga, el Decano de medicina Gustavo Fernández y la Junta directiva, lo cual fue informado en la reunión del Consejo Directivo del 2 de noviembre de 1961. La Universidad se comprometió a hacer campañas médico preventivas, asistenciales e investigativas, y el hospital a facilitar con personal el desarrollo de los programas. No obstante, la mayor dificultad fue la consecución de recursos. Para ello, Fernández solicitó ayuda a la fundación Inc. estadounidense, quienes les facilitaron US\$300. Además, por medio de la gobernación, solicitaron partidas que fueron destinadas de la renta a los juegos de azar y a la licorera (Unicauca, 1961, Documentos de la facultad de medicina).

Con ello se completaba un ciclo de proyectos en funcionamiento, que permitían que la facultad de medicina se ubicara en el ambiente de reformas académicas iniciado desde 1955, ganando reconocimiento por sus propuestas y la transformación del modelo educativo desde el modelo

francés orientado por la Universidad Nacional hasta el modelo estadounidense con el apoyo de la Universidad de Antioquia e, indirectamente, por la Universidad del Valle.

3.5 Los payaneses recuperan el poder

El año de 1962 fue el inicio de la culminación de la influencia antioqueña en la facultad. En marzo Guillermo Restrepo presentó la renuncia a la jefatura del departamento. Su renuncia fue analizada en la reunión del Consejo Directivo del 6 de marzo de 1962; en la carta, Restrepo argumentaba que necesitaba estar en Medellín por problemas personales; que ya había terminado todas las cátedras que tenía en el primer semestre, por lo cual el reemplazo no tenía carga académica pendiente. Después de varias discusiones y propuestas tuvo que ser aceptada la renuncia.

El motivo de la renuncia no está claro; al parecer la Universidad del Valle le ofreció un salario mayor para que estuviera en el departamento de medicina preventiva, del cual fue jefe entre 1963 y 1964, al cabo de este período se fue para Medellín. Otras personas afirmaron que se fue en 1962 a Medellín por ayuda de Héctor Abad Gómez como director de la Facultad Nacional de Salud Pública, pero en los registros aparece como su director desde 1966 y no antes.

En reemplazo de Guillermo Restrepo contrataron a Fabio Montoya, también médico de la Universidad de Antioquia. Montoya reemplazó a Restrepo en la jefatura del departamento y en el comité de biblioteca, y le dio continuidad a los proyectos iniciados por éste. No es muy recordado como docente, pues su principal trabajo fue la dirección del Centro de Salud Alfonso López y el desarrollo del Centro de Salud de Caloto, por lo que no permanecía mucho tiempo en la facultad y no asistía a los CPC de forma periódica y con el mismo dinamismo que su antecesor.

La salida de Fernández estuvo provocada por los disturbios ocasionados durante la huelga general de la federación de estudiantes de la Universidad. Los motivos no fueron muy claros, aunque parece que se generó producto de un cambio en los estatutos de la institución que aumentaban las matrículas y ponía mayores requisitos para la promoción académica. En un comunicado fechado el 2 de abril de 1962, la Federación de Estudiantes exige que se cambie todo el Consejo Directivo (Rector, Decano de medicina, derecho, ingeniería, excepto electrónica) Además, de algunos

profesores, entre ellos Jaime Fals Borda, para que se pudieran sentar a dialogar con las nuevas directivas de la Universidad y analizar los cambios al Estatuto Orgánico (Federación Central de Estudiantes de la Unicauca, 1962, Documentos de la facultad de medicina).

La crisis se fue resolviendo con el reemplazo paulatino de algunos Decanos y del Rector. Fue así que Gustavo Fernández salió de la decanatura, reemplazado por Armando Montoya Uribe, quien había llegado dentro del grupo de profesores contratados en el decanato de Fernández. Además, se reemplazó todo el Consejo Consultivo, quedando conformado por Jaime López Ruiz, Antonio Illera, José María Salazar y Jaime Arboleda. En julio de 1962 también fue reemplazado el Rector Zúñiga por Álvaro Mosquera Chaux. Jaime Fals continuó en sus cátedras sin problemas.

Estos cambios en el decanato y Rectoría permitieron dar continuidad a los proyectos del período anterior, ya que eran administraciones de tránsito, y en el caso de medicina, los miembros del Consejo habían participado y apoyado las reformas iniciadas por Fernández, perteneciendo todos al mismo grupo de actores. Un ejemplo de ello se vio en Junio de 1962, cuando llegó una carta de la Universidad de Tulane, firmada por Grulee, para acordar el proceso de apoyo universitario. A este respecto Armando Uribe comentó que en la decanatura de Fernández, Grulee le había afirmado que dos becas Tulane-Colombia le correspondían a la Universidad del Cauca y “que la Universidad del Valle no debía lucrarse más con tal beneficio por cuanto no lo necesitaba”. López Ruiz no apoyó mucho la idea pues le parecía un “descrédito” para la facultad que la vinieran a juzgar ya que, a su concepto, ningún departamento funcionaba bien. Sin embargo, el Consejo Consultivo solicitó la ayuda, inicialmente, para los departamentos de medicina interna, fisiología y morfología, y designó a Jaime Fals como intérprete y guía (Consejo Consultivo Facultad de medicina Unicauca, 1962, Documentos de la facultad de medicina).

En esta misma reunión, Fabio Montoya presentó el balance del trabajo en el hospital de Caloto. Montoya mostró la importancia e impacto obtenido hasta el momento con los programas, la educación a la comunidad y la mayor conciencia estudiantil en que esta práctica era el puente de conexiones entre la sociedad y la facultad. No obstante, enfatizó que el principal problema que afronta el hospital es su financiación; para ello propuso solicitar un aumento en las partidas presupuestales del departamento y que la Universidad contribuyera de forma económica. También

solicitó a la facultad una mayor motivación hacia los profesores de clínicas para que viajaran a Caloto a desarrollar programas asistenciales más completos (Consejo Consultivo Facultad de medicina Unicauca, 1962, Documentos de la facultad de medicina).

En este ambiente de fortalecimiento del hospital, el Decano propuso iniciar un proyecto de preparación de auxiliares y estudiantes, a los cuales se les podría ofrecer becas para estudiar microbiología, parasitología y salud pública en Bogotá, aprovechando el apoyo incondicional del ministro de salud Álvaro de Angulo. Fue así como el Decano inició comunicaciones con De Angulo, quien le facilitó una partida presupuestal para Caloto y le ayudó a conseguir dos becas para estudiar salud pública en Bogotá. Dichas becas se asignaron a Alcides Estrada y Sofonías Yacup, a través de un contrato entre la facultad, el ministerio y Estrada y Yacup, en el cual el ministerio pagaba la beca, la facultad el salario y ellos volvían a Popayán como profesores. Contrato que sólo cumplió el ministerio.

Hasta este momento la facultad estaba disminuyendo su actitud de campo polarizado de actores en lucha ya que los actores que estaban tomando el liderazgo estaban siendo reemplazados por payaneses, y aunque los antioqueños seguían como docentes, su número se fue reduciendo, debilitando su capacidad de ejercer cambios significativos. Un ejemplo de ello fue la beca para estudiar salud pública a dos egresados de la facultad, lo cual demuestra el deseo del cuerpo médico por recuperar el poder, pues ellos veían que, a pesar de estudiar en Medellín, sus egresados aún podían ser buenos aliados al ser más fácilmente influenciados por sus antiguos docentes.

Hacia julio de 1963 inicia la decanatura Marco Tulio Kimmel, quien desde su nombramiento estuvo buscando apoyo nacional e internacional. A principios de agosto presentó el informe de su visita a todas las facultades de medicina, excepto la de Caldas, en donde todos le ofrecieron apoyo incondicional. Llegó con la idea de hacer “planes descentralizados”, buscando organizar los departamentos para que tengan autonomía presupuestal y docente y no sea necesario volver a pedir ayuda para su funcionamiento. Para ello hicieron un análisis de todos los departamentos; al llegar a medicina preventiva, resaltan el esfuerzo titánico por la escasez de personal, y con el agravante de la renuncia de Fabio Montoya, quien obtuvo una beca para seguir estudiando en Estados Unidos.

Ante esta situación se propuso como reemplazo a Augusto Gómez²⁶, docente de la Universidad de Caldas, quien nunca llegó (Consejo Consultivo Facultad de medicina Unicauca, 1963a, Documentos de la facultad de medicina).

Ante esto, en octubre se vuelve a discutir el tema por la inminencia del viaje de Montoya, en su reemplazo el Consejo Consultivo propone a Alcides Estrada y Sofonías Yacup, quienes tuvieron una beca del estado y un contrato con la facultad, el cual no se hizo efectivo. Estrada y Yacup propusieron que si la facultad cancelaba la deuda, ellos entraban en la planta docente en enero; sin embargo, Kimmel prefirió se nombre a Guillermo Torres, jefe de la división de asistencia pública del Ministerio de Salud por su gran experiencia y dedicación. No obstante Torres nunca aceptó la propuesta y se tuvo que nombrar a Estrada y Yacup, empezando con ellos una nueva época de contratación de profesionales payaneses (Consejo Consultivo Facultad de medicina Unicauca, 1963b, Documentos de la facultad de medicina).

Kimmel, siguiendo con los esfuerzos de Fernández de consolidar a la facultad como una de las mejores de Colombia, inició una serie de peticiones a entidades extranjeras, tanto en apoyo económico como de personal. Por una parte, habló con el embajador de Alemania federal solicitando ayuda para dotación de laboratorios de ciencias básicas, la invitación a siete docentes financiados por Alemania, intercambio de docentes y estudiantes, y la ayuda en la construcción del hospital psiquiátrico; peticiones que halagaron al embajador por ser la primera facultad colombiana que las adelanta y cuya viabilidad en algunos proyectos es casi segura, y se hizo efectiva al poco tiempo.

También, por intermedio de Velásquez Palau, se iniciaron solicitudes de dos grants ante las fundaciones Rockefeller y Kellogg para enviar a especializar a profesores de la facultad, de los cuales no aparece si fueron efectivos o no, principalmente porque tuvieron un altercado con representantes de la Kellogg y el apoyo se retiró en una fecha y por un motivo que no fue posible documentar. Otra posibilidad que inició fue la presentación de un proyecto para abrir un premédico

²⁶ Payanés, había estudiado medicina en la Universidad del Cauca, pero había hecho su año rural en el hospital departamental de Manizales; luego se quedó en la ciudad como profesor del departamento de medicina preventiva de la facultad de medicina de la Universidad de Caldas.

en la facultad, diligencia adelantada ante la fundación Ford a través de su director Dr. Wican, con ayuda de Rafael Samper, amigo de Kimmel, quien estuvo trabajando para la fundación y conocía varios movimientos administrativos para optar a las becas de apoyo (Consejo Consultivo Facultad de medicina Unicauca, 1963c, Documentos de la facultad de medicina).

Sin embargo, la influencia de los cambios que incitó Kimmel ya no tenía el mismo poder para convocar grandes cambios, además, la motivación económica de las fundaciones internacionales se estaba limitando a la preparación de personal, cosa que no incentivaba a los profesores de la facultad, ya que no daba mayor prestigio o ingresos económicos al ser un evento más frecuente que antes.

Con la llegada de Estrada como jefe y Yacup como profesor, ambos de tiempo completo, se reactivaron los programas del centro piloto de salud, incluido la contratación de un odontólogo y una enfermera que colaborara en trabajos de campo y con cátedras, e intentaron dar el mismo esplendor que tuvo anteriormente. Sin embargo, la inconformidad acumulada por antiguas tensiones y la poca experiencia en el campo de la salud pública que tenían estos profesores, no les facilitó el camino.

El año de 1964 inició con un grave déficit fiscal de la Universidad que se hizo público en la reunión de Decanos sostenida en enero. Ante este problema, Kimmel propone la semestralización de la carrera, argumentando que con ello se implantaban las disposiciones del Ministerio de Salud y se podían aumentar los ingresos de dinero por concepto de matrícula en la facultad. Lascario Otero, profesor de fisiología, señaló que la propuesta tendría inconvenientes cuando llegasen tantos alumnos a niveles clínicos, que dificultaría las prácticas y el seguimiento de los profesores a cada estudiante (Consejo Consultivo Facultad de medicina Unicauca, 1964, Documentos de la facultad de medicina). Sin embargo, la propuesta siguió siendo analizada y se aplicó dos años más adelante.

Otro proyecto del decanato de Kimmel consistió en la introducción de seminarios como método de enseñanza de las ciencias básicas. El cambio de método había empezado en 1963 en la facultad y fue ratificada como una de las mejores técnicas de aprendizaje durante el seminario de educación médica de América Latina, realizado en Cali en 1964, donde Kimmel pudo mostrar la experiencia, pequeña pero significativa, de este y otros avances alcanzados por la facultad. También, producto de

las recomendaciones del seminario de 1964, el Consejo Consultivo abrió el comité de bienestar universitario, como una manera de dar nuevos espacios de aprendizaje interdisciplinario a los estudiantes, donde se apoyaba el miércoles deportivo y las jornadas culturales.

En enero de 1965 fue nombrado Jaime López Ruiz en el decanato. Aunque venía de Antioquia, no había estado de acuerdo con algunas reformas tomadas por los decanatos anteriores (Consejo Consultivo Facultad de medicina Unicauca, 1965, Documentos de la facultad de medicina). Tampoco estaba conforme con el rendimiento del departamento de medicina preventiva y contrató a Braulio Lara, payanés, egresado de la Facultad Nacional de Salud Pública, con experiencia en el manejo administrativo de servicios de salud y en la secretaría departamental de salud. Fue de esta manera que en 1965, entró como jefe del departamento de medicina preventiva, cargo que desempeñó por cerca de 15 años. Su trabajo fue reconocido más por el tiempo que por el impacto de dicho departamento en la integración de ciencias básicas y clínicas. A este respecto comenta Hugo Hurtado, que cuando ingresó como profesor de tiempo completo al departamento de medicina preventiva hacia 1972, esta “misión” de integrar la medicina preventiva con las áreas clínicas se la recomendó el Decano de ese entonces Jorge Cohen, y que en dicho proceso poco apoyo recibió del departamento y, en especial, de su jefe Lara (Hurtado, 2006).

Fue así como el departamento y la facultad volvieron a manos de profesionales payaneses, aunque algunos antioqueños siguieran en sus cátedras por largos períodos. Se puede decir que a partir de este momento el departamento de medicina preventiva sufrió un estancamiento importante, comparado con los avances en otros departamentos y facultades, con lo cual le restó prestigio que había logrado obtener en 7 años de trabajo.

En este momento el debilitado grupo de antioqueños perdió toda capacidad de transformación y el cuerpo médico payanés recuperó el liderazgo de la facultad y la Universidad. Y aunque su idea no fue retroceder en la educación, el resultado de este reemplazo de líderes coordinadores y aliados estratégicos, buscando disminuir los progresos obtenidos por actores diferentes a los suyos y con ello la influencia de redes nacionales o internacionales, lo cual les costó que el departamento de medicina preventiva quedara estancado.

4. EL TERCER PILAR: LA LLUVIA DE DÓLARES EN LA UNIVERSIDAD DEL VALLE (1949-1964)

4.1. Inicios de una gran idea

La creación de la facultad de medicina de la Universidad del Valle se debió a una conjunción de actores y cambios sociales y económicos que facilitaron el proceso. De grupos de actores se encuentran y cuerpo médicos que conformaba el Colegio Médico del Valle, cuyo presidente en esta época era Guillermo Orozco, y estaba conformado por los médicos y especialistas con mayor prestigio de la ciudad. Por otra parte estaba el poder administrativo, que tenía un interés muy grande en el surgimiento a todo nivel del naciente Valle, como una manera de consolidar su separación del antiguo Gran Caldas. Para este momento se encontraba en la gobernación Antonio Lizarazo Bohórquez, médico de Palmira y también miembro del Colegio Médico. Cabe recordar que en este periodo era el Gobernador quien daba el aval para la apertura de nuevas instituciones educativas, así como el encargado de nombrar a decanos, obispos, y demás miembros importantes de la región. Por tanto, estos dos grupos de actores que compartía el mismo interés aunque en diferentes campos, favoreció la oportunidad de la apertura de la facultad.

Para 1950 Guillermo Orozco habló con el Decano de medicina de la Universidad de Antioquia, Braulio Henao Mejía, antes de la segunda reunión de Decanos, gracias a lo cual salió la recomendación de crear una nueva facultad de medicina; cabe aclarar que esta recomendación no especificaba en qué región o ciudad debía abrirse, ya que sólo hablaba de las condiciones mínimas para garantizar una buena educación médica sin las cuales no se obtendría la aprobación nacional (Henao Mejía et al., 1950, 10). Después de abierta esta puerta “sin nombre”, las directivas de la Universidad Industrial del Valle del Cauca iniciaron todo el proceso jurídico, académico y físico para llevar a cabo este sueño (Orozco, 1984b).

En este momento aparece el primer contacto del naciente campo de la facultad de medicina del Valle con el campo de la educación médica nacional, en cabeza de la Universidad de Antioquia. Según los documentos esta aceptación de la nueva facultad tuvo una mezcla de intereses, por una parte la necesidad sentida de los demás decanos de abrir una nueva institución para no seguir

rechazando buenos candidatos que por cuestiones económicas, de desplazamiento, de capacidad logística, se pedieran de la oportunidad de estudiar medicina y poder dar solvencia a la crisis sanitaria del país. Por otra parte, la amistad que unía a Henao con Orozco favoreció el desarrollo de la proposición de apertura de la facultad; sin embargo, no queda muy claro cual fue el interés que marco a Henao a llevar esta proposición, si fue solo parte de la necesidad del país, o quería realmente ayudar a su “amigo”, cosa que no pudo lograr totalmente, ya que al no contar con una ubicación exacta, lo sumergía en la competencia de velocidad y eficiencia para construir el programa antes que otras universidades y ganar el aval académico y monetario nacional.

En todo caso, esta situación le valió a los dos el inicio de una nueva empresa que daría frutos rápidamente. Esta situación se dio gracias a la coyuntura que vivía Cali, pues desde principios de siglo estaba pasando de ser una ciudad pequeña a convertirse en una gran ciudad industrial. Según José Antonio Ocampo, Cali vivió dos periodos de crecimiento, uno comprendido entre 1920 hasta 1940, netamente agrícola, a manos de vallunos; y un segundo periodo, entre 1940 y 1960, de consolidación y creación de empresas intermedias, con intervención de empresarios nacionales e internacionales, principalmente de Estados Unidos (Ocampo, 1984).

Paralelo a este crecimiento, se desarrollaron los sistemas de salud, hospitales e instituciones que prestaban atención médica a la nueva mano de obra; detrás de este crecimiento estaba el Colegio Médico del Valle, quien coordinaba el proceso. Fue en este ambiente que se inició la inquietud de crear una facultad de medicina para suplir la alta demanda de personal en salud que necesitaba la ciudad, ya que la mayoría de los médicos eran educados en la Universidad de Antioquia o Nacional, lo cual era muy difícil y costoso (Situ Delle Donne, 1988, Sociologo).

Gracias a las gestiones del Colegio Médico, que tenía liderazgo en la ciudad, el proceso de creación de la facultad comenzó a caminar. Adicionalmente contó con el apoyo del Gobernador liberal Lizarazo Bohórquez, médico que pertenecía al Colegio Médico, y quien facilitó los trámites gubernamentales y ante el Ministerio de Educación para dar vía jurídica a este proyecto²⁷. Con él se

²⁷ El Gobernado tuvo muchos inconvenientes para dar vía jurídica a la nueva facultad, ya que el partido conservador se oponía al proyecto por considerarlo poco útil a la población, al estar, según ellos, favoreciendo sólo a un pequeño grupo de personas.

dio el Decreto No. 641 del 29 de mayo de 1950 por medio del cual se creó la facultad de medicina en la Universidad Industrial del Valle.

Para la nueva facultad, el mismo decreto constituyó una junta organizadora integrada por el director de educación departamental (Diego Velasco Hoyos), de higiene (Luis Alfredo Gonzáles), el presidente del Colegio Médico, y los presidentes de las juntas directivas de los Hospitales San Juan de Dios (Carlos Borrero) y Departamental Evaristo García (Primitivo Iglesias). Esta comisión se encargó de buscar el aval nacional que llegó con el Decreto ejecutivo No. 2404 del 19 de julio de 1950 firmado por el presidente Mariano Ospina Pérez y el ministro de educación Manuel Mosquera Garcés (Henaó, 1996: 9). Adicionalmente buscaron financiación a través del Ministerio de Educación y del gobierno departamental, quienes asumieron la totalidad de la obra, ya que el Estado colombiano buscaba el desarrollo educativo con el fin de lograr la estabilidad política y el control de la violencia bipartidista.

Hacia noviembre de 1950 fue nombrado Gabriel Velásquez Palau²⁸ Decano de la facultad de medicina y en manos de él recayó la organización académica y administrativa. Para esta misión Velásquez invitó a médicos vallecaucanos o de otras partes del país, que tuvieran la intención de apoyar la creación de una facultad innovadora, con un nuevo estilo de enseñanza médica (Ocampo Londoño, 2006).

En este primer periodo, Velásquez tuvo que resolver algunas dificultades antes de dar inicio a las actividades académicas. Por una parte, las disputas que se generaron por la adjudicación de la sede para la facultad, ya que estaba en manos particulares y su devolución implicó un proceso de negociación que perjudicó económicamente al municipio. Después se requirió la contratación del químico alemán Alberto Hartmann, profesor de la facultad de medicina de la Universidad del Cauca, con quienes tuvieron que establecer un acuerdo de intercambio, mientras el profesor asesoraba la nueva facultad en la organización de laboratorios.

²⁸ Médico caleño graduado de la Universidad Nacional en 1942; luego hizo residencia en cirugía, en la misma Universidad. Llegó a Cali hacia 1945 y estuvo vinculado con el Colegio Médico del Valle.

Con estas condiciones sociales, económicas y académicas, la facultad de medicina abrió sus puertas en octubre de 1951; con lo cual se puede decir que fue el proyecto con menor tiempo de gestación y grandes resultados obtenidos, gracias al apoyo incondicional de varios campos nacionales e internacionales, como el campo educativo, el económico, tanto local, nacional como de Estados Unidos, que favoreció la consolidación de intereses en común.

4.2. Las innovaciones de la nueva facultad

El calendario académico de la facultad era de tipo B, es decir, el año lectivo iba desde octubre hasta agosto del año siguiente. De allí que las actividades iniciaran el 12 de octubre de 1951 con 6 cátedras: anatomía descriptiva (Horacio González), química y física médica (Alberto Hartman), histología y embriología (Luis Zamorano Sanabria), inglés (John Tanaka) y dibujo técnico (Daniel Romero y Álvaro Zamorano).

El plan de estudios de la facultad hasta ese momento respondía a las cátedras sugeridas por la segunda reunión de Decanos. Según Ocampo, la mayoría de profesores con los que contó la facultad en sus inicios habían estudiado medicina en la Universidad de Antioquia o Nacional, instituciones que utilizaban el modelo francés de educación médica, y por tanto los profesores tenían cierta predisposición a este tipo de enseñanza (Ocampo Londoño, 2006).

Sin embargo, esta orientación duró poco, pues los deseos de cambio con los que Velásquez motivó a los profesores, además de la contratación de profesores que habían estudiado en el exterior, como Santiago Renjifo y Luis María Borrero²⁹, y la preparación de nuevos profesionales para la facultad gracias a las becas de las fundaciones estadounidenses, dieron un aire de renovación al introducirse el modelo flexneriano en la enseñanza médica y en la organización de la facultad, siempre buscando que fuera “la mejor facultad de Colombia” (Ocampo Londoño, 2006).

El origen del apoyo internacional tiene múltiples versiones, ya que algunos opinan que se obtuvo gracias a Hernando Rey Matiz, otros por intermedio de Renjifo y Borrero, antiguos becarios de la

²⁹ Médico egresado de la Universidad Nacional, que estudio patología en Harvard gracias a una beca de la fundación Rockefeller.

Rockefeller, y otros, por el papel diligente de Velásquez Palau, quien entró en contacto temprano con ellos para pedir apoyo para la recién creada facultad. Ninguna de estas versiones se puede comprobar, pero lo que se puede analizar es que todos tenían la intención de solicitar apoyo internacional, ya que las directivas sentían que el apoyo que recibían de la Universidad de Antioquia, con quien tuvieron contacto desde un principio, estaba limitada para los cambios que ellos querían realizar, y para ello necesitaban un soporte académico y financiero que sólo entidades internacionales les podrían brindar.

Según el texto de Orozco, Rey Matiz, exbecario de la Rockefeller, les dijo que establecieran contacto con el representante de la fundación Rockefeller en Colombia, John Elmendorf, por medio de una carta firmada por el Gobernador. La carta la envió el Gobernador Lizarazo Bohórquez en julio de 1950, haya sido o no motivada por Rey Matiz. Producto de esta carta, John Elmendorf visitó Cali hacia finales de 1950 y quedó animado con las intenciones de innovación que tenían las directivas de la facultad, lo cual favoreció que se iniciaran las actividades conjuntas, una de las cuales fue el apoyo con material para los laboratorios de ciencias básicas (Orozco, 1984b: 55-60).

Por otra parte, en el texto de Situ Delle Donne, donde extrae apartes de su entrevista con Velásquez Palau, se muestra el envío de la carta por el Gobernador pero la negación de Elmendorf a ayudar inmediatamente a la facultad del Valle, por cuanto en el reglamento de la fundación Rockefeller estaba prohibido ayudar a más de una facultad de medicina por país, y ellos en ese momento estaban apoyando a la facultad de la Universidad Nacional. Además, comenta que él les recomendó entablar contactos con una “fundación chiquita” que en ese momento era la Kellogg, cosa que ellos hicieron (Situ Delle Donne, 1988, Sociologo: 45-47).

En cada versión hay matices comprobables. Por una parte, Orozco muestra recortes de prensa y una carta de Velásquez Palau, con fecha de febrero de 1951, en la cual comenta sobre los beneficios de la visita y la compra de material por parte de la fundación Rockefeller. De la otra versión se resalta que las primeras becas obtenidas en la facultad fueron gracias al contacto con la fundación Kellogg y efectivas desde enero de 1952; además, en el archivo central de la Universidad del Valle se encontraron recibos sobre venta y envíos de la fundación Rockefeller hacia la facultad de medicina desde noviembre de 1952.

Sobre el contacto con la fundación Kellogg, Henaos sostiene la versión que se dio por intermedio de Borrero, ya que era amigo directo de Benjamín Horning, representante para Colombia de esta fundación. Borrero lo invitó a conocer la nueva facultad y gracias a ello, lograron varias becas de preparación profesional, dentro de las cuales unos beneficiarios fueron Gabriel Velásquez Palau y Alfonso Ocampo³⁰, quienes estuvieron estudiando educación médica en Cornell Medical Center de Nueva York en 1953, para conocer la forma de organización de una facultad de medicina y del departamento de cirugía, respectivamente (Henaos, 1996, ; Ocampo Londoño, 2006). Otra versión sostiene, fundamentada en la entrevista a Velásquez Palau, que fue él quien entró en contacto directo con Benjamín Horning, según le había recomendado Elmendorf en 1951, y le solicitó unas becas para preparar profesores para la facultad, las cuales se iniciaron en 1952 (Situ Delle Donne, 1988, Sociólogo: 50).

Sobre quién fue el primero que tuvo la iniciativa del contacto o cómo se dio el mismo, nunca se podrá tener información de todos los involucrados pues varios ya han muerto o están en condiciones de salud que les dificulta el desarrollo de una entrevista. Pero de todo esto se puede constatar que existió una búsqueda constante e insistente de ayuda internacional por parte de los administrativos y médicos vinculados con la facultad, con la intención de llevar a cabo una transformación importante de la educación colombiana. Además, de la disposición de estas entidades en apoyar los cambios en las escuelas latinoamericanas “globalizando” el modelo flexneriano de educación.

Cabe resaltar que la orientación de cada fundación era diferente, pues, según palabras de Ocampo, la fundación Rockefeller apoyó con recursos físicos, personal, becas y dinero todos los proyectos de mejoramiento de la facultad; en cambio, la fundación Kellogg apoyaba con becas y recursos en personal los proyectos orientados a mejorar la educación médica específicamente (Ocampo Londoño, 2006). Esto muestra una interacción más directa con dos campos relacionados, el fortalecimiento con la Universidad de Antioquia, donde se prepararon varios de los docentes que iniciaron esta nueva facultad y de donde tomaron varias instrucciones para mejorar el desarrollo de

³⁰ Ocampo estudió medicina en la Universidad de Antioquia, luego hizo la residencia de cirugía en el Masechuset General Hospital de Boston, adscrito a la Universidad de Harvard, de donde continuó siendo profesor visitante durante 20 años. Al terminar sus estudios volvió a Cali en 1950 a trabajar en el hospital San Juan de Cali, donde estableció contacto con Gabriel Velásquez y se vinculó a la nueva facultad de medicina.

la naciente facultad. El campo educativo internacional de la mano de dos instituciones diferentes en varios sentidos, la fundación Rockefeller y la Kellogg. Como se acaba de ver las relaciones fueron diferentes y con intereses diferentes; sin embargo, en el fondo, las tres buscaban un mejor reconocimiento en Colombia como instituciones con “autoridad” en el campo médico, lo cual garantizaría un mayor reconocimiento y un aumento de sus demandas.

Adicionalmente las fundaciones internacionales buscaban implementar un nuevo modelo educativo que no había tenido mucha aceptación en América Latina, para ello que mejor oportunidad que una naciente institución dispuesta a innovar y vulnerable económicamente. Que motivaba la Kellogg es un poco más difícil de aclarar; sobre la Rockefeller es más abierto el deseo de promocionar la educación que se da en la Universidad Johns Hopkins, donde los miembros de la fundación desarrollaron cambios en el modelo flexneriano de educación. Con ello también pueden mejorar las relaciones comerciales con este sector tan productivo del país y garantizar una atención médica de mejor costo pero con la misma calidad y pensamiento que rige la organización de la fundación.

De esta manera en la facultad se conjugó la búsqueda de apoyo internacional y un deseo general por cambiar el modelo de educación médica. El ambiente de la facultad era de camaradería y colaboración total. Todos los profesores tenían mucha energía de trabajar y hacer cambios importantes para formar buenos médicos. Según contaron los entrevistados, en diferentes momentos: “en esa época se trabajaba con entusiasmo y con ganas, así no pagaran bien, los profesores iban a las clases de lunes a domingo y se tenía la facultad en la cabeza todo el tiempo. Realmente estaban comprometidos con el proyecto y ese empuje fue el que permitió que la facultad llegara a lograr esos éxitos” (Echeverri Cardona, 2006, ; Espinosa de Restrepo, 2006, ; Medina, 2006, ; Ocampo Londoño, 2006).

Dentro de las innovaciones que buscaban los profesores del Valle, estaba el cambio de las clases magistrales por clases estilo seminario y un aumento de las prácticas de laboratorio. Además, buscaban que los estudiantes investigaran, formaran una actitud analítica, crítica del conocimiento y la realidad social del país. En esta época se veía la medicina europea como abstracta, que no facilitaba la aplicación de los conceptos a las realidades locales, y que no tenía contacto con los

pacientes, pues para el modelo flexneriano “la medicina se aprende en la cabecera del paciente” (Universidad del Valle & Fondo Universitario Nacional, 1955).

También se hizo mayor énfasis en las ciencias básicas, no sólo anatomía, sino en aumentar el aprendizaje de fisiología y patología, claves para entender el funcionamiento normal del hombre y comprender su estado de homeostasis. Buscaron hacer una integración entre las ciencias clínicas y básicas, articuladas a través de la medicina preventiva y la salud pública, un concepto totalmente innovador. Para mejorar esta integración organizaron la facultad por departamentos y trataron que todos los profesores fueran contratados de tiempo completo y en carrera docente. Esto se pudo dar gracias al apoyo económico que dio la fundación Rockefeller para mantener un salario digno a los profesores, a quienes en un principio se les pidió también dedicación exclusiva, medida que tuvieron que quitar hacia la década de los sesenta, principalmente para los profesores de clínicas.

Para esta época también se implementó una estrategia llamada “tiempo completo geográfico”, el cual buscaba incentivar la estancia de los profesores en el área de trabajo permitiendo que ellos atendieran la consulta particular en las instalaciones de la facultad u hospital. De esta práctica debían dar un porcentaje para la facultad de medicina, la cual le facilitaba las condiciones de trabajo. Sin embargo, esta experiencia tuvo muchos inconvenientes y fue suspendida al poco tiempo de implantada (Ocampo Londoño, 2006).

Todos estos cambios se fueron dando de forma paulatina, pero se puede evidenciar el año de 1954 como un momento clave para estas innovaciones por varias razones. Para esta época llegaron Velásquez Palau y Ocampo de su beca de aprendizaje; de ella trajeron conocimientos claros de la forma administrativa y jurídica de organización de una facultad, las cuales empezaron a implementar. Por otra parte, la Universidad Industrial del Valle cambió su personería jurídica, dando inicio a la Universidad del Valle³¹ (Ordoñez, 2006), lo cual implicó una reorganización administrativa. Paralelamente, se inició la construcción de la facultad de medicina en la sede actual, incluida la construcción del edificio del departamento de medicina preventiva y salud pública. Esta

³¹ Según dialogo con Luis Aurelio Ordoñez, quien está escribiendo el libro sobre la historia de la Universidad del Valle, la Universidad en un principio tenía cuatro carreras técnicas, por ello su nombre era “Industrial”, pero con la creación de la facultad, instancias administrativas de la facultad forzaron al cambio de nombre para poder adscribir la nueva facultad, ya que el Ministro de Educación puso algunos problemas por esto.

obra contó con el apoyo financiero de la fundación Rockefeller y la Gobernación del Valle del Cauca.

Fue así como, para el prospecto de 1954-1955 aparece organizada la facultad por nueve departamentos³²:

Morfología: anatomía, histología y embriología.

Ciencias fisiológicas: biología y genética, biofísica, bioquímica, fisiología, y farmacología.

Patología: patología, patología quirúrgica.

Medicina preventiva y salud pública: matemáticas aplicadas, microbiología, parasitología y micología, metodología estadística, bioestadística, epidemiología, higiene y salud pública, medicina forense, social y del trabajo.

Medicina: clínica semiológica, medicina, historia de la medicina, deontología médica.

Cirugía: clínica semiológica, cirugía operatoria, cirugía.

Pediatría: pediatría.

Ginecología y Obstetricia: ginecología y obstetricia.

Psiquiatría: psicobiología, psicopatología, psiquiatría.

Con esto se puede ver que la facultad estaba tomando el modelo educativo y organizativo directamente del aprendizaje en las escuelas estadounidenses, ya que hasta este momento no se conocían las recomendaciones de la misión Lapham. Del plan de estudios se resalta la disminución de horas en morfología, el aumento de ciencias fisiológicas y la creación de un departamento de psiquiatría con una orientación psicodinámica, innovadora en la educación colombiana.

4.3. El departamento de medicina preventiva

El primer jefe que tuvo el departamento fue Santiago Renjifo Salcedo, médico bugueño que había estudiado medicina en la Universidad Nacional. Desde pregrado se había interesado por la parasitología, lo cual lo llevó a trabajar con Cesar Uribe Piedrahita, médico parasitólogo, quien

³² Por la pérdida del material no se pudo tener acceso a estos prospectos. En el texto de Henao se habla de una organización por departamentos desde 1952; sin embargo, sólo hasta 1954 fueron constituidos de forma oficial, con reglamentos y con la organización que siguieron de ahí en adelante. Esto se ratifica en el artículo de Velásquez Palau de 1954

estaba liderando algunas campañas antimaláricas y de fiebre amarilla financiadas por la fundación Rockefeller. Gracias a este contacto, Renjifo recibió una beca de la fundación Rockefeller para estudiar salud pública en la Universidad de Johns Hopkins entre 1950 y 1951. En este sitio profundizó sus conocimientos en parasitología, disciplina que lo apasionaba mucho (Espinosa de Restrepo, 2006).

Al finalizar su preparación y volver a Colombia, Renjifo se vinculó con la facultad de medicina de la Universidad del Valle, pues cuando se hizo acreedor de la beca no estaba trabajando con la Universidad Nacional sino con el Instituto de Enfermedades Tropicales Roberto Franco, y con quienes no adquirió contrato de contraprestación, pues estas becas eran para preparación de personal docente.

Renjifo ingresó en 1952 al plantel docente de la nueva facultad, vinculado con las cátedras de parasitología y metodología estadística, clases que se daban en segundo año. Desde su llegada empezó a darle forma a la idea de construir un departamento de medicina preventiva, apoyado por todo el personal profesoral, y principalmente por Gabriel Velásquez Palau, quien había visto la utilidad de enseñar esta área, razón por la cual había buscado a Renjifo, pues a su concepto, era el mejor salubrista que tenía Colombia (Situ Delle Donne, 1988, Sociologo: 67).

Al respecto, en el texto de Situ Delle Donne, se hace referencia a una disputa que existió entre la facultad y la fundación Rockefeller por la creación de dicho departamento. Gabriel Velásquez Palau y Alex Cobo comentaron en sus entrevistas:

- Velásquez Palau: “para nosotros (la) salud pública y medicina preventiva era una materia básica del Plan de Estudios. En Estados Unidos es un postgrado, porque los sistemas de salud de allá han superado esa necesidad. Al comienzo la Fundación Rockefeller no vió a este Departamento como algo importante; no era ciertamente una prioridad para ellos, pero tan pronto nosotros la detectamos nos dieron buena ayuda” (Situ Delle Donne, 1988, Sociologo: 74).
- Cobo: “se planteó desde muy temprano que la Facultad tuviera un Departamento de Medicina Preventiva y, en ese punto concreto, hubo un enfrentamiento muy claro con la Fundación Rockefeller. La Fundación Rockefeller opinaba que las Escuelas de Salud Pública debían ser diferentes a las Facultades de Medicina. Ese sí es el modelo norteamericano, y la Universidad

del Valle desafió a su mayor patrocinador y contra la opinión de la Fundación Rockefeller no creó una Escuela de Salud Pública separada, sino un Departamento que era parte de la Facultad. Esto fue un acto de reafirmación porque nosotros pensamos que la medicina social y la salud pública debían ser parte de la formación del médico, de la enfermera, del auxiliar de salud, y debía estar integrada a la Facultad de Medicina en América Latina con un Departamento de Salud Pública” (Situ Delle Donne, 1988, Sociologo: 74-75).

No se pudo tener información directa sobre esta situación, donde los actores locales le dieron un respaldo incondicional a la creación del departamento de medicina preventiva, y por ende a Santiago Renjifo, su principal gestor. Es probable que la visión de Renjifo, sobre educar desde un principio a los futuros profesionales en la prevención, control de enfermedades y erradicación de agentes infecciosos haya sido una propuesta muy atractiva para la fundación Rockefeller, ya que no necesitaban esperar que los egresados aprendieran estos métodos en el postgrado, máxime cuando las posibilidades de una institución de calidad en el tema y los recursos económicos para realizar un postgrado eran escasos, aunado con un mayor estímulo de los estudiantes hacia las áreas clínicas si veían la necesidad de continuar estudiando.

Un elemento facilitador de este cambio debió ser Velásquez, ya que el contaba con gran apoyo en la fundación Rockefeller, y su espíritu administrador y diplomático favoreció que la visión que se tenía de la facultad no chocara con los intereses de la fundación y de esta manera se mantuviera la motivación innovadora de los docentes y el compromiso de apoyo de la fundación. En este momento la reorientación de la visión se dio gracias a que los objetivos de reconocimiento, prestigio y expansión del modelo educativo estadounidense se seguían manteniendo, un poco más aplicados a la situación del pueblo caleño y colombiano, permitiendo que se pudiera reproducir con mayor adaptabilidad.

Con relación a este tema, sólo se encontró el artículo de Emilio Quevedo, donde analiza el cambio de la política en salud pública en Gran Bretaña, por la influencia indirecta de la fundación Rockefeller. Según el texto, el representante de la fundación Rockefeller Wicliffe Rose, comprendía que la salud pública no debía ser responsabilidad de los médicos sino de personas capacitadas especialmente en el área, por tanto era necesario crear escuelas de postgrado que enseñaran los

métodos de investigación epidemiológica para identificar los problemas de salud, como por ejemplo, el estudio de epidemias, y que aprendieran administración para poder concebir y aplicar programas de erradicación y control de enfermedades. Con esta concepción, Rose propuso la creación de una nueva escuela de salud pública en Gran Bretaña y Estados Unidos hacia 1914 (Quevedo, 2005: 8-10).

En Estados Unidos, William Welch, de la Universidad de Johns Hopkins, planteó un programa que integrara la preparación de investigadores y administradores, similar a la idea de Rose. Esto favoreció que la fundación Rockefeller, por intermedio de la oficina general de educación, apoyara la propuesta y financiara la reforma académica que implicaba la construcción de la escuela de salud pública, además de la contratación de Welch y Rose para llevar a feliz término esta propuesta, que iniciaría en 1918 (Quevedo, 2005: 12-25).

Con lo anterior se puede suponer que la propuesta de Rose y Welch se convertiría en la política de educación de la fundación Rockefeller, por tanto, los profesores formados en la Universidad de Johns Hopkins tuvieron la orientación hacia el desarrollo de campañas de control de enfermedades en las poblaciones y que no fueran medidas aplicadas por los médicos en la consulta. No obstante, no existe otros documentos ni se pudieron conseguir fuentes primarias que ayudaran a aclarar porque la Universidad del Valle, a pesar de tener médicos formados en la Universidad de Johns Hopkins, desearon desarrollar un programa diferente al aprendido.

Es probable que esta situación se haya vivido por la experiencia de Santiago Renjifo, ya que el estudio en el Instituto de Salud Pública en la Universidad Johns Hopkins, pero a su vez tomó clases de parasitología en la facultad de medicina de dicha Universidad, entrando en contacto directo con el modelo flexneriano, que promovía un mayor contacto con las realidades de los pacientes. Este enfoque motivó que se iniciara una simbiosis entre el nuevo concepto de medicina preventiva, donde el conocimiento directo y cercano con el paciente permitía la identificación de factores de riesgo y promovía el desarrollo de medidas de prevención individuales, acciones que podía lograr el medico en su consultorio.

Con esta información es factible que Renjifo sintiera la necesidad de formar integralmente a los estudiantes colombianos, vislumbrando los beneficios que traería si cada médico enseñaba en su consultorio las mejores medidas de prevención según el caso específico de la persona. Con ello se podría mejorar los resultados de las campañas de erradicación de enfermedades infecciosas, que, a su experiencia, no tenían los mejores resultados.

De allí se podría comprender porque el departamento de medicina preventiva y salud pública, hijo directo de Santiago Renjifo, tenía una doble visión. Helena Espinosa la resumió así: “él manejaba un concepto de salud pública muy técnico, gracias a su preparación académica; por eso nos daban matemáticas, estadística y epidemiología, pero tenía una gran visión social, propia de su vida, lo cual lo impulsó a implementar los programas de Siloé y Candelaria” (Espinosa de Restrepo, 2006).

Gracias a ello, se contrataron varios profesores ya fueran del Valle o de otras ciudades. Fue así como llegaron de Bogotá Bernardo Aguilera Camacho³³ y Carlos Sanmartín Barbieri, médico bogotano, especialista en virología, quien tuvo a su cargo la sección de microbiología desde 1954. También invitó varios profesores de la Universidad de Antioquia, como Héctor Abad Gómez, quien realizaba visitas frecuentes a la facultad para llevar a cabo seminarios e intercambiar opiniones en educación médica. Junto con él venía Juan Montoya, quien estuvo encargado de la cátedra de enfermedades tropicales y comunicables.

Del exterior, por intermedio de la fundación Rockefeller, se pudo conseguir profesores de planta y visitantes como Gerardo Elkeles, alemán que tuvo a su cargo la sección de microbiología entre 1952 y 1954, cuando se fue y lo reemplazó Sanmartín. También vino por un año Ernest Carroll Faust, estadounidense de la Universidad de Tulane, quien apoyó la sección de parasitología y participó en las investigaciones que estaba adelantando Renjifo. En este grupo también estaban dos españoles: Miguel Gracían, en microbiología, y Jorge Góngora, especialista en nutrición, sección de la cual existe la duda si perteneció al departamento de medicina preventiva como sección que luego se independizó o siempre estuvo independiente, adscrita al área de ciencias clínicas. Esta inquietud

³³ Abogado de la Universidad Nacional, quien entró en contacto con Renjifo y lo convenció de enseñar estadística en 1952. Fue uno de los becarios de la Fundación Rockefeller para estudiar salud pública en la Universidad Johns Hopkins.

solo se resalta para mostrar que existía una gran interrelación entre los diferentes departamentos de la facultad.

En este recuento se resalta que la orientación de los profesores que ingresaron al departamento estaba encaminada hacia la comprensión de la medicina preventiva desde el concepto de Leavell y Clark, donde la epidemiología aportaba elementos claves para la identificación de factores de riesgo, y las acciones preventivas eran las herramientas para mejorar la calidad de vida de los individuos, mediante el control de esos factores identificables.

La personalidad del Renjifo era activa y dinámica, lo cual facilitó que esta integración se empezara a dar aún antes de crear oficialmente los departamentos. En un principio, este proceso fue difícil por lo novedoso del campo disciplinar y la falta de experiencias sobre la forma de enseñar medicina preventiva en ciencias clínicas; sin embargo, con las prácticas que se fueron generando en la comunidad, la preparación médica de los estudiantes antes de llegar a clínicas y la especialización de profesores en el exterior, quienes se familiarizaron con estas ideas, lo cual permitió que se fueran disminuyendo las tensiones. Un ejemplo de ello fue la experiencia entre cirugía y medicina preventiva, donde se daban seminarios conjuntos y en la práctica clínica se enseñaba diagnóstico precoz y autoexamen. La filosofía era tratar de prevenir la enfermedad y hacer diagnósticos tempranos para disminuir la morbilidad y recuperar al paciente de forma rápida (Ocampo Londoño, 2006).

Por otra parte, uno de los programas bandera que tuvo el departamento fue la implementación de una práctica de medicina familiar en el barrio Siloé. Este barrio fue escogido por las dificultades socioeconómicas de sus pobladores y por la cercanía a la facultad de medicina. En esa época, Siloé era un barrio de invasión, habitado por familias desplazadas del sur del departamento producto de la ola de violencia que azotaba al país, por la persecución partidista de conservadores contra liberales. De allí que las familias no tuvieran las necesidades básicas satisfechas y sus condiciones de salud fueran precarias.

Con la inauguración del departamento de medicina preventiva y salud pública hacia 1954, se inició la concreción y generación de nuevos proyectos para enseñar a los estudiantes estas disciplinas. El

objetivo era convertirse en un departamento transcurren; es decir, que los estudiantes estuvieran en contacto con él durante toda su carrera facilitando una concientización sobre la importancia de estas disciplinas, mejorando la integración interdepartamental y promoviendo un contacto con la realidad local y comunitaria del Valle.

En esta primera fase el departamento contrató dos enfermeras que acababan de salir de la Escuela de enfermería de la Universidad del Valle³⁴. Con el apoyo de este personal se inició un estudio de reconocimiento de las necesidades y condiciones sociales de los habitantes de Siloé, para luego poder hacer el trabajo de medicina familiar y comunitaria con los estudiantes de medicina y enfermería.

A este respecto comentó Vilma Risetto, quien se vinculó con el departamento en octubre de 1954: “Nosotras hacíamos el primer contacto con las familias, las educábamos, pues lo más importante era educarlas y con eso las mujeres seguían solitas... hacíamos motivación a las familias y siempre nos recibían. Los hombres eran los únicos que nos rechazaban y eso sucedió muy pocas veces... Cuando empezó el programa nosotras éramos las que orientábamos a los estudiantes, les enseñábamos como entrar en una familia, además de prestar atención de enfermería en el centro de salud” (Risetto de Restrepo, 2006).

Hacia 1956 se conjugaron varios eventos: se finalizó la preparación de la comunidad y con ello la adaptación del plan de estudios, que había sido presentado por Renjifo durante el primer seminario de educación médica. Además, se terminó la construcción del Hospital Departamental Evaristo García, la construcción de la sede de la facultad y el edificio del departamento; y con ello se organizó el Centro Piloto de Salud en los dos primeros pisos del edificio de medicina preventiva y salud pública.

Dentro de las modificaciones al plan de estudios se abrió la cátedra de medicina preventiva. En ella los estudiantes, previos conocimientos de estadística y microbiología, debían hacer un estudio de dos a cinco familias que le eran asignadas, de las cuales se analizaban sus historias de vida,

³⁴ El departamento de medicina preventiva y salud pública realizaba actividades docentes en la facultad de medicina y en la Escuela de enfermería.

condiciones sociales, económicas, de saneamiento, de salud y enfermedad. En este contacto hacían intervenciones educativas sobre prevención de factores de riesgo individuales y familiares, así como facilitaban que tuvieran acceso a servicios médicos a través del hospital y el centro piloto de salud. En el centro hacían consulta externa y desarrollaban programas de prevención, como control prenatal, control del niño sano, vacunación, desparasitación, manejo de enfermedades transmisibles, consulta externa, entre otros (Rissetto de Restrepo, 2006).

Para estas prácticas Renjifo invitó a Jorge Chaparro, bogotano, PhD en antropología social de Estados Unidos, quien orientaba a los estudiantes en la comprensión de las realidades sociales. Según Espinosa, su presencia fue importante durante las discusiones de los problemas familiares y así vislumbrar el verdadero impacto de lo económico, político y social en la vida y la salud de las personas, Además, de mostrar la limitación de la práctica médica cuando no era integral (Espinosa de Restrepo, 2006). Sin embargo, este profesor estuvo por corto tiempo, lo cual afectó el rendimiento y comprensión de los estudiantes que siguieron, ya que muchos perdieron el interés en experiencias no clínicas y otros se sintieron frustrados por no poder ayudar a solucionar los problemas familiares, sin encontrar orientaciones claras en algunos de sus profesores (Echeverri Cardona, 2006, ; Medina, 2006).

Paralelo a este programa se inició el trabajo en el centro piloto de salud de Candelaria en agosto de 1958. Este es un pueblo ubicado en la zona rural de Cali, a 30 minutos de la facultad de medicina. Este programa estaba a cargo del departamento de medicina preventiva y salud pública y tenía seis servicios: consulta externa, urgencias, hospitalización, laboratorio clínico, rayos X y salud pública, a través de los cuales rotaban estudiantes de medicina y enfermería, residentes y médicos graduados que realizaban su año rural.

La implementación de este programa generó un comentario bastante despectivo en el ámbito médico nacional, pues su inicio coincidió con la graduación de los primeros médicos de la facultad, los cuales fueron a trabajar a Candelaria. Esta situación fue interpretada por el cuerpo médico como una “recogida” de los egresados para enseñarles como practicar la medicina en el ámbito nacional sin tener las comodidades y recursos que tuvieron durante su educación, pues gracias a la

financiación extranjera, los estudiantes contaban con laboratorios muy bien dotados y podían realizar toda clase de exámenes médicos de alta complejidad.

Sin embargo, esta iniciativa tuvo su gestación desde el primer seminario de educación médica. Dentro de las discusiones del comité de medicina preventiva, Gabriel Velásquez Palau, realizó una intervención analizando las ventajas y desventajas del sistema de medicatura rural que se estaba llevando a cabo en Colombia y esbozó un proyecto de reforma en el cual contemplaba la creación de un centro rural para preparar a los médicos, facilitándoles las condiciones del ejercicio profesional, pero con el apoyo y recursos de la facultad de medicina (Universidad del Valle & Fondo Universitario Nacional, 1955).

Este proyecto se cristalizó con la creación del centro de Candelaria, como explicó Renjifo: “La facultad de medicina, deseosa de proyectar sus actividades docentes, de investigación y de asesoría técnica sobre la vida rural, tomó a su cargo el control de la medicatura rural de sus egresados. Para ello ha creado una unidad piloto preventivo-asistencial, que inició sus labores en agosto de 1958, en el municipio de Candelaria” (Renjifo Salcedo, 1959, 47: 411).

Los programas realizados en este centro abarcaban todas las edades y condiciones de salud-enfermedad, pues promocionaban las medidas educativas, de prevención, de control de enfermedades comunicables y transmisibles, a la vez de desarrollar los programas propios de un centro de salud y hospital básico; los casos complicados eran remitidos al hospital departamental, y en todos los casos se tenía el apoyo de personal docente de la facultad de ciencias básicas y clínicas. En esta experiencia se pudo dar una mayor integración entre disciplinas, siendo la medicina preventiva el eje conector (Echeverri Cardona, 2006).

Con esto se puede ver que el departamento de medicina preventiva tenía contacto con los estudiantes durante toda la carrera, según el prospecto publicado por Renjifo para el año 1958-1959 (Renjifo Salcedo, 1959, 47):

Primer año: ecología general y matemática aplicada.

Segundo año: microbiología, inmunología, parasitología, introducción a la epidemiología, metodología estadística, antropología social y medicina preventiva en grupos familiares (ecología humana – práctica en Siloé).

Tercer año: medicina preventiva en grupos familiares (práctica en Siloé).

Cuarto año: medicina preventiva en grupos familiares (epidemiología clínica – práctica en Siloé).

Quinto año: medicina preventiva en grupos familiares (Internado – práctica en Siloé), salud pública: bioestadística, epidemiología, saneamiento ambiental y administración sanitaria.

Septimo año: residencia auxiliar³⁵.

Octavo año: Medicina rural (residente instructor – centro piloto de Candelaria).

Adicionalmente al trabajo realizado en estos dos programas comunitarios, el departamento realizaba investigaciones sobre las condiciones de salud y enfermedades tropicales, área que tenía mucho empuje pues Santiago Renjifo llevaba una larga carrera investigando sobre parasitosis y desarrollando programas de prevención y erradicación, como el llevado a cabo contra el pían en la costa pacífica del sur colombiano. Para estas investigaciones se contó con el apoyo de la fundación Rockefeller, la cual contaba desde 1956 con una oficina en el edificio de la decanatura.

Para esta fecha, la calidad del departamento de medicina preventiva era conocida a nivel nacional e internacional, recibían constantes visitas de profesores y representantes de organizaciones educativas como la Universidad de Tulane, Keynes Western University, Johns Hopkins, Fundación Milbank o la Organización Sanitaria Panamericana; “hasta en una ocasión llegaron profesores de una Universidad de la India” (Ocampo Londoño, 2006).

En este momento se puede observar que la influencia que ganaron los actores del campo de la medicina preventiva le permitió a la facultad consolidarse mejor en el campo educativo nacional, ya que estaba poniendo en práctica un nuevo modelo educativo que estaba dando resultados muy interesantes. Mostraba las ventajas de una educación integrada, con un gran enfoque hacia la prevención como modelo médico con mejores resultados que el curativo tradicional, además, estaba respaldada por una sólida red internacional experta en el tema, lo cual le facilitaba recursos en

³⁵ Este año estaba orientado a que los estudiantes hicieran una profundización en el área de mayor interés para dar bases y encaminar el inicio de estudios de postgrado en los estudiantes.

personal, económicos, físicos, mejor preparación de docentes y una proyección internacional a los egresados. El espacio ganado en el campo nacional se pudo deber a la solidez del modelo, la capacidad de liderazgo de su personal, en cabeza de Velásquez Palau, y el apoyo incondicional de varias fundaciones.

Sin embargo, el surgimiento de un nuevo grupo de actores con mucho poder en el campo de la educación médica nacional les llevo a tener algunos críticos fuertes que no veían la aplicación del modelo educativo en regiones e instituciones que no contaran más que con el apoyo económico nacional. El esplendor formativo y de recursos no se igualaba ni a la mejor institución de salud colombiana, lo cual generaba incredulidad ante la calidad y adaptación de estos profesionales a la realidad del país. Una de estos comentarios se dio cuando salio la propuesta de realizar el rural en un hospital financiado por la facultad.

4.4. Promoción de los programas de medicina preventiva

El decenio de los sesenta empezó con la renuncia abrupta de Santiago Renjifo, la cual fue aceptada sin objeciones por el Consejo Directivo de la Universidad. Las razones son desconocidas y en torno a ello existen múltiples especulaciones. La mayoría de las explicaciones giran entorno a la personalidad conflictiva de Renjifo e impositiva de Velásquez Palau. Unas versiones sostienen que se dio por una discusión con Velásquez por la desorganización administrativa del departamento, cosa que no aceptó mucho el egocentrismo de Renjifo. Otros creen que se debió a su “bohemia”, que causó roces entre los estadounidenses que no toleraban conductas inapropiadas, lo que produciría una situación incómoda para Velásquez, quien probablemente intercedió por el bienestar de la facultad y le pediría la renuncia a Renjifo.

Otras versiones sostienen que se debió a una disputa con los clínicos, sobre todo del departamento de cirugía, a lo cual Velásquez intercedió a favor de estos últimos por su condición de cirujano, lo que llevó a exasperar la confianza y amistad de Renjifo, hasta obligarlo a salir de la facultad. Reforzando esta idea, otras personas comentaron que tuvo la discusión un tinte político, ya que Renjifo era liberal y Ocampo conservador activo, y que Velásquez intercedió por Ocampo por afinidad política al conservatismo, del cual también era partidario. Otra razón por esta misma línea

dice que la personalidad innovadora e inconformista de Renjifo tuvo “choques” con la personalidad administrativa, economista y organizadora de Velásquez, quien no aceptó alguna crítica a su forma de dirigir la facultad, generando rupturas en la relación que se fue debilitando hasta llenar la copa en una discusión con los clínicos, lo que llevó a la renuncia de Renjifo.

Sobre este punto no se pudo tener mucha claridad sobre los verdaderos motivos de la discordia entre Renjifo y Velásquez, sin embargo, al parecer fue un asunto muy delicado pues ya en los inicios de la facultad Velásquez Palau apoyo de forma decisiva la propuesta de crear un departamento de medicina preventiva y no una facultad aparte como lo pedía la fundación Rockefeller. Una razón, además de las expuestas y que apoyaran estas ideas es que el departamento con o sin Renjifo ya tenía un ritmo de crecimiento y desarrollo muy grande, su proyección comunitaria y su prestigio nacional e internacional ya estaba institucionalizado lo cual dejaba a Renjifo en desventaja para pelear su estancia y ya sus problemas no serian pasados por alto como en ocasiones anteriores.

Además, en los años sesenta, la influencia extranjera comenzó a ser cuestionada tanto a nivel estudiantil como en el mismo campo de la educación médica, pues las instituciones que no la tenían, o deseaban tenerla o criticaban el carácter de dependencia que esta daba, centrando sus comentarios en el hipertrofiado desarrollo del departamento de medicina preventiva, situación que pudo llevar a Velásquez a buscar estrategias de conseguir apoyo para otros tópicos diferentes y evitar perder su consolidado poder en el ámbito nacional. Toda esta situación terminó con debilitar el esplendor del departamento pero no llego a opacarlo.

En el acta No. 8 del 10 de marzo de 1960 el Consejo Directivo de la Universidad, en la Rectoría de Mario Carvajal, se aceptó la renuncia de Renjifo a partir del primero de ese mes. En esa misma acta Velásquez Palau pidió autorización para seguir con proyectos de nutrición y enfermedades tropicales. Después de la renuncia Renjifo pasó al departamento de microbiología y parasitología en la Universidad Nacional en 1960, donde al poco tiempo tuvo problemas que le llevaron a renunciar y aceptar en 1963 el Ministerio de Salud en el gobierno de Guillermo León Valencia. Una muestra de las malas relaciones que dejó con las Universidades del Valle y Nacional se vivió con el traslado de la Escuela de salud pública que funcionaba en la Universidad Nacional, hacia la Universidad de Antioquia. A esto dijo Medina: “Una retaliación contra la facultad del Valle fue haberse llevado la

escuela de salud pública a la de Antioquia y no al departamento que el mismo ayudo a fundar. Con eso también se llevó la plata que estaba dando la Organización Panamericana de la Salud para su financiación” (Medina, 2006).

En reemplazo subió a la jefatura del departamento de medicina preventiva Carlos Sanmartín, quien estuvo por dos años, durante los cuales hizo mucho énfasis en el desarrollo de las secciones de microbiología y virología, las cuales al cabo de siete años crearon su propio departamento. En ejemplo de ello fue la firma del convenio entre la Universidad de Tulane y la Universidad del Valle en 1961, para financiar proyectos de investigación de forma económica y con recursos físicos y de personal. Para ello se creó una oficina en la facultad de medicina del Valle, en la cual estaba funcionando el Centro Internacional de Adiestramiento en Medicina Tropical.

Otro cambio que se inició en esta jefatura fue el ocurrido hacia finales de 1962, cuando empezaron a trasladar las experiencias obtenidas con los programas de Siloé y Candelaria a otras comunidades. Esta medida se tomó para evitar la saturación del trabajo en estas poblaciones, también para obtener un mayor número de familias con las cuales practicar, ya que el número de estudiantes en la facultad estaban aumentando. Además, para promocionar la aplicación de estas experiencias en otras facultades de medicina del país que no contaran con suficientes recursos económicos, pues se creía que sólo funcionaban en Cali por el apoyo financiero de la fundación Rockefeller, que garantizaba el éxito de los resultados.

Fue gracias a ello que se iniciaron las experiencias en el barrio el Guabal, también de bajos recursos, en el cual la fundación Hernando Carvajal Borrero estaba realizando trabajos comunitarios. Por un acuerdo con la administración municipal, la facultad tomó a su cargo los servicios médicos de la población, y en asocio con la fundación Carvajal, realizaron programas preventivos y de saneamiento ambiental.

A pesar de que Sanmartín había dejado la jefatura en 1962, estos proyectos tuvieron continuidad en manos de Bernardo Aguilera, quien estuvo al frente hasta 1963. Con él del departamento empezó a tener un enfoque hipercrítico a las relaciones con Estados Unidos, lo que llevó a tildarlo de socialista y pedirle la renuncia al año siguiente de estar posesionado en la jefatura. En su reemplazo

llegó Guillermo Restrepo Chavariaga, quien también duró un año. En este periodo promovió el desarrollo de trabajos epidemiológicos y continuó con los programas que tenía el departamento. Hacia 1964 renunció por problemas personales y se trasladó a Medellín. (Henaó, 1996).

En reemplazo de ellos llegó en 1964 a la jefatura Edgar Muñoz Lalinde, el primer egresado de la facultad que ocupaba este puesto. Él había terminado medicina en 1959, tras lo cual obtuvo una beca de la fundación Rockefeller para estudiar epidemiología en London School of Hygiene and Public Health. A su regreso trabajó con el departamento al que había estado vinculado desde pregrado. Él continuó y mejoró la obra que había iniciado Renjifo, razón por la cual se reforzó el título que tenía de ser el “discípulo querido”.

Con la jefatura de Muñoz Lalinde se extendió el programa hacia otros barrios marginales de Cali y otros municipios del departamento. Adicionalmente, se firmó un contrato muy cuestionado entre la gobernación del Valle y la Universidad, para que los estudiantes de medicina realizaran prácticas de medicina preventiva y salud pública en todos los centros de salud urbanos y rurales para fortalecer la experiencia y expandir los programas. Este contrato fue cuestionado porque el ambiente político estaba evitando que los estudiantes entraran en un contacto tan estrecho y general con la comunidad, pues se podría propiciar una expansión del comunismo, ya que para esta época se estaban iniciando las protestas estudiantiles en contra de las relaciones de “dependencia” con Estados Unidos.

Sin embargo, y gracias al empeño del Rector de la Universidad, Mario Carvajal, al Decano de medicina, Gabriel Velásquez, al jefe del departamento de medicina preventiva, y al apoyo del secretario municipal de salud, Armando Rivera Zamorano (antiguo profesor de la facultad), se pudo firmar el convenio, ya que el Gobernador, para evitarse problemas políticos, cedió el poder al secretario municipal de salud, quien había estado al frente de las negociaciones del convenio (Henaó, 1996).

Con los convenios firmados para esta fecha se dio proyección y un mayor grado de institucionalización a las ideas de medicina preventiva y salud pública que dieron origen a este departamento en la facultad de medicina del Valle. Se limita el relato hasta esta fecha por considerarse que lo acontecido tiempo después responde a una situación social y política diferente a

lo que vivía el país hasta 1964. Esto se ve en el cambio de orientación de la Universidad, pues en 1966 se inició la fusión de facultades dando paso a la organización por divisiones en áreas, las cuales en su interior reorganizaron sus departamentos. En el caso de medicina se integró con las demás facultades de salud y el departamento de medicina preventiva pasó a esta adscrito directamente a la división y prestar sus servicios a todas las facultades.

5. EL CUARTO PILAR: PUEBLO PUJANTE EN LA UNIVERSIDAD DE CALDAS (1949-1966)

5.1. Fundación de la facultad

Hacia la década de los cuarenta, Manizales era considerado el tercer polo de salud más importante de Colombia, después de Bogotá y Medellín. Su servicio hospitalario y atención quirúrgica era de gran calidad y tenía un alto volumen de consultas y actividad médica, tanto para la población del suroccidente colombiano, como para el resto del país (Asamblea Médica de Caldas, 1940, ; Henao Toro, 1984). Esta característica motivó la búsqueda para abrir una facultad de medicina en la ciudad a fin de mantener el buen nombre en calidad y procedimientos médicos.

Esta idea se cristalizó cuando fue nombrado Gobernador de Caldas el médico Carlos Arturo Jaramillo, en 1948, quien comisionó al Rector de la Universidad Juan Hurtado y al médico Julio Zuloaga³⁶ (Mejía Rivera, 1994), para que investigaran la viabilidad de abrir una facultad de medicina en la ciudad de Manizales. El 29 de noviembre de 1950 esta comisión hizo una propuesta de proyecto de decreto al Gobernador de ese momento, Bernardo Mejía Rivera.

En esta propuesta presentaba la factibilidad del proyecto sustentado en el alto número de bachilleres anuales del departamento (300 personas), las reformas que estaba haciendo la Universidad en la construcción de nuevos espacios locativos para la enseñanza, y el alto nivel médico de Manizales, además, de aprovechar la coyuntura del centenario del departamento. El plan de estudios sería el mismo que se había acordado en la segunda reunión de Decanos y el presupuesto de personal docente, administrativo, de construcciones y dotaciones sería tomado de la partida presupuestal del departamento y de una ayuda que el alcalde Fernando Londoño Londoño estaba gestionando con el Presidente Laureano Gómez para financiar las obras.

Este proyecto fue aceptado y respaldado por el Gobernador quien expidió el decreto No. 933 del 12 de diciembre de 1950, creando la Facultad de Medicina Humana en la ciudad de Manizales. En el

³⁶ Médico caldense que había estudiado medicina en la Universidad Nacional y que ejerció la cirugía en Salamina, su pueblo natal, y posteriormente en Manizales. Fue el primer médico colombiano que comenzó a asistir a entrenamiento médico en la clínica Mayo de Rochester.

artículo 2 del decreto aparece explícito el cumplimiento de la ley de 1939: “el plan de estudios que se desarrollará en la facultad que se crea por el presente decreto será el mismo que las facultades similares dependientes de la Universidad Nacional”. Sin embargo, en los artículos siguientes da libertad de modificar el plan de estudios según disposiciones de las directivas de la Universidad (Gobernación de Caldas, 1950, Archivos históricos de la Universidad; Ministerio de Educación Nacional, 1957, Archivos históricos de la Universidad).

Hasta este momento aparece una conjugación de dos tipos de actores sociopolíticos similares a los descritos en las anteriores facultades. Por una parte, quienes estaban en el poder político regional era médicos interesados en perpetuar su imagen como los promotores de una facultad de medicina, ya que una institución de éstas tenía mucho ascendente en el desarrollo y era sinónimo de una economía sólida y una preocupación por la población, de allí que los gobernadores siendo médicos o no continuaran con el proyecto. Lo mismo ocurrió con el alcalde de Manizales, quien al ser conservador tuvo un mayor apoyo del gobierno central para solicitar el aval económico y educativo nacional para esta obra. No se conoce con claridad que otro tipo de relación tenía Laureano Gómez con Fernando Londoño, pues parece que eran amigos por negocios en común.

Por otra parte, el cuerpo médico de Manizales estaba interesado en seguir manteniendo y subiendo el estatus de tercer centro médico del país, razón que motivó a tener en cuenta la carta emitida en la reunión de decanos sobre la necesidad de abrir otra facultad de medicina, argumentando una solvencia estudiantil, económica y unas mejores condiciones locativas y de clima para este tipo de actividad académica. La cabeza visible de este grupo fue Zuloaga, quien era un personaje prestante en la ciudad tanto por colegas como por el pueblo en general, y tenía una gran inquietud hacia el desarrollo de la medicina hasta los más altos niveles. Gracias a ello Zuloaga entro rápidamente en contacto con la red internacional de educación médica, donde ya estaba vinculado por su autoaprendizaje y pudo obtener un mayor apoyo en conocimientos y recursos en personal para esta nueva obra, como se ve a continuación.

Con la creación de la facultad fue nombrado Julio Zuloaga como Decano para que llevara a feliz término el proyecto que estaba liderando. El 8 de marzo de 1951 tomó posesión en forma oficial el nuevo Decano y se instaló el primer Consejo Consultivo de la facultad, el cual estuvo integrado por

Julio Zuloaga, Angel Rafael Ramírez, Marino Alzate, Enrique Mejía Ruiz³⁷ y Alfonso Naranjo; todos médicos con reconocida trayectoria en el área clínica hospitalaria.

En este período de construcción y adecuación de las instalaciones físicas de la facultad, los Consejos Consultivo y Directivo estudiaron y dieron vía libre a la organización de una comisión que viajara a Estados Unidos para conocer de forma directa los planes de estudio y pudieran abrir la facultad con las mejores condiciones académicas y dotacionales³⁸ (Consejo Directivo UCaldas, 1951, Archivo Histórico). Fue así como Zuloaga, en compañía de Enrique Mejía Ruiz³⁹, viajaron a Estados Unidos en 1951 para conocer de cerca las facultades que tuvieran características territoriales y epidémicas similares a las colombianas (en cuanto a clima, población, cercanía al trópico y patologías similares). Su intención fue conocer la experiencia con el nuevo modelo educativo (modelo flexneriano), para identificar las ventajas, deficiencias y correctivos, para traer a Manizales las mejores experiencias y que la facultad fuera la versión mejorada del modelo, 40 años después de implantado.

En septiembre de 1951 Zuloaga y Mejía Ruiz presentaron el informe de su viaje, donde analizaron en detalle el funcionamiento de las facultades estadounidenses e hicieron propuestas para establecerlo en la nueva facultad. Sobre la educación médica estadounidense comentaron que todas responden a un modelo instituido por el Ministerio de Educación, donde las variaciones son pocas y son producto de facilidades económicas o administrativas. Con respecto al funcionamiento, resaltaron de forma positiva los buenos resultados de la organización por departamentos, los seminarios y el aumento de horas prácticas en reemplazo de las cátedras y clases magistrales, entre otros aspectos educativos y administrativos. Al final del informe, manifestaron su preocupación por la necesidad de tener profesores capacitados y en condiciones favorables de trabajo, ya que se les debía contratar de tiempo completo, con una remuneración adecuada y crear la carrera docente en la

³⁷ Antioqueño, estudio medicina en la Universidad de Antioquia, en donde ejerció como profesor de cirugía desde 1930. En 1950 viajó a Manizales, donde estuvo vinculado en la obra de la nueva facultad de medicina.

³⁸ Los rubros para la construcción y adecuación de la nueva facultad, así como la financiación del viaje a Estados Unidos, provinieron de las rentas al tabaco y una partida especial del departamento, según aparece en la resolución del 31 de enero de 1951 expedida por la Rectoría.

³⁹ Es de resaltar que en la resolución anterior sólo aparece financiado una persona: "se comisiona a un representante para viajar al exterior a la adquisición de personal docente y de dotación", quien debería ser el Decano, pero probablemente después, por medio de otra resolución se autorizarían los gastos de viaje de Mejía Ruiz, pues en ninguna parte aparece que él se hubiera costado su viaje.

facultad, pues de lo contrario tendrían que importar profesionales que aumentarían los costos a la Universidad (Mejía Ruiz & Zuloaga Gómez, 1960).

No obstante, estas nuevas propuestas no fueron llevadas a la práctica, ya que en octubre de 1951 murió Julio Zuloaga. Su reemplazo fue Hermann Bueno Ramírez, médico especialista en cirugía de la Universidad Nacional, quien estaba trabajando como secretario de salud del departamento de Caldas y en cuyas manos inició el funcionamiento de la facultad (González, 2005). En este punto de la historia surgen muchas inquietudes que no han tenido respuesta. Una de ellas es ¿por qué Bueno Ramírez no aplicó las propuestas de Zuloaga sino que se limitó a cumplir al pie de la letra el decreto de 1950?, y ¿por qué Mejía Ruiz no asumió la decanatura?

Durante las entrevistas realizadas en el trabajo de campo, algunas personas comentaron que probablemente se debió al temor de innovar el plan de estudios de una forma muy drástica, rompiendo con los estándares nacionales, corriendo el riesgo de perder la aceptación del Ministerio de Educación, y por ende, no tener financiación estatal. Otros proponen que se debió a un predominio de la mentalidad clínica francesa, dominante en esta ciudad, que veía este currículo como de baja calidad y con resultados poco aplicables al país. Otros postulan que fueron los problemas políticos entre conservadores y liberales los que permitieron que un plan surgiera mientras el otro no, ya que Zuloaga y Mejía Ruiz eran liberales y el país estaba en la hegemonía conservadora con la presidencia de Laureano Gómez, por lo cual Bueno tenía mejor aceptación por ser conservador.

Sobre la decanatura de Mejía Ruiz hay aún menos conocimiento. Es probable que su postulación no se hubiera dado por su origen antioqueño, ya que para los caldenses es muy importante que los cargos administrativos recaigan en manos de personas prestantes de la región (Montoya Jaramillo, 2006). También esta la idea que fue porque estaba fuera de Manizales, pues según la semblanza del Rector Carlos Buitrago Muñoz, hecha durante el funeral de Mejía, relata que inició su actividad docente hasta 1954, después de haber trabajado en la Universidad de Antioquia (Buitrago, 1980, 2), aunque no especifica en que cátedra. Mejía fue el primer docente de Semiología en 1955, y luego jefe del departamento de cirugía que él mismo ayudó a organizar en el año de 1957, datos que dan la sensación de ausencia de Mejía de la ciudad de Manizales para la época de la muerte de Zuloaga.

Sin embargo no queda claro ¿por qué siendo él un comprometido con la creación de una facultad moderna abandona el proyecto apenas inicia?, y ¿por qué Zuloaga no lo contrata como docente de planta tan pronto termina su viaje por Estados Unidos?.

Analizando el cuadro de actores en este momento aparece el contacto con la oligarquía manizalita conservadora que ejerció su poder para mantener sus costumbres a costa de un retroceso en el desarrollo de una facultad moderna que hubiera sido más fuerte en el campo educativo nacional por tener la particularidad de retomar el modelo estadounidense analizado e implantado con los recursos y metodologías propias de los manizalitas, a diferencia de otras facultades. Con la vació de información no se pudo conocer si existieron razones diferentes a la muerte de Zuloaga para perder el contacto tan importante que se había establecido con facultades de medicina estadounidenses y no con fundaciones internacionales, lo cual le daba un carácter más académico y autónomo.

5.2. Los primeros pasos hacia la departamentalización

La facultad inició actividades académicas en febrero de 1952 con la apertura del año preparatorio, según lo ordenado por el Ministerio de Educación y acogido por las directivas de la Universidad en el acuerdo No. 2 de 1952 (Consejo Directivo UCaldas, 1952, Archivo Histórico; Ministerio de Educación Nacional, 1951, Archivos históricos de la Universidad). El calendario académico era de tipo A, es decir, iniciaban clases en enero-febrero y culminaban en noviembre-diciembre.

El plan de estudios hasta 1954 era el siguiente:

Preparatorio: química teórica y práctica, física teórica y práctica, ciencias naturales teórica y práctica, higiene, dibujo, cátedra bolivariana, cívica, inglés, castellano, francés, filosofía.

Primer año: histología y embriología, práctica de histología, química teórica y práctica, química médica y anatomía.

Segundo año: fisiología, anatomía, bacteriología, parasitología, química.

Este plan de estudios era similar al acordado por el Ministerio de Educación para el año preparatorio y para la carrera era similar al acordado en la segunda reunión de Decanos. Por tanto, el modelo francés era el que orientaba la educación en esta facultad. Llama la atención el espíritu de

las directivas de la facultad y Universidad, quienes seguían las recomendaciones y acuerdos, pero siempre se dejaba libertad para modificar y hacer los cambios pertinentes acorde con la situación local en salud. Un ejemplo de ello es el artículo 205 del acuerdo No. 4 de febrero de 1954, donde se aprobó la reforma al reglamento de la institución que dice: “los planes de estudio de las facultades universitarias (...) serán los mismos de la Universidad Nacional, para las facultades similares, pero los respectivos consejos directivos pueden superar dichos planes con aquellas asignaturas que a su juicio y según la índole de la facultad, tiendan a contemplar la más adecuada preparación del profesional o respondan a necesidades de carácter regional o nacional” (Consejo Directivo UCaldas, 1954, Archivo Histórico).

La facultad de medicina de Caldas también tuvo que recurrir a profesores extranjeros para las primeras cátedras de ciencias básicas, pues no tenían docentes preparados para ellas. Fue así como llegaron Juan Szczepankiewicz, para la cátedra de química; Jesús María Caldas Campaño, español, encargado de la cátedra de anatomía y quien fue el primer jefe del departamento de morfología, cuando se creó en 1956. También llegó Aquiles Asmar Orozco, médico de la Universidad de Antioquia, que se había capacitado en patología en el Instituto Nacional de Cancerología (Autores Varios, 1994). La cátedra de higiene y ciencias naturales estuvo a cargo de Félix Henao Toro, especialista en microbiología del Instituto de Enfermedades Tropicales de Hamburgo⁴⁰; posteriormente fue el profesor titular de parasitología y microbiología en segundo año y era especialista en enfermedades tropicales.

Entre febrero de 1954 y febrero de 1957 existe un vacío documental que dificulta el análisis de eventos importantes que marcarían el cambio de orientación del plan de estudios del modelo francés al estadounidense, el intercambio con instituciones nacionales e internacionales y el impacto de las mismas en la facultad. No obstante, se intentará hacer una descripción de lo acaecido en este período.

Hacia mediados de 1955 asumió la decanatura Ernesto Gutiérrez Arango, manizalita, que había estudiado medicina en la Universidad Nacional. Viajó a Estados Unidos donde estudió hematología

⁴⁰ En el Instituto fue discípulo del español Gregorio Marañón. En la reseña que hace Mejía Rivera referencia que estuvo promoviendo la apertura de la facultad de medicina de la Universidad del Cauca y la creación de la Universidad Católica de Manizales.

en la Universidad de Michigan. A su regreso a Colombia estableció su residencia en Manizales donde organizó un laboratorio clínico especializado de hematología, trabajo que alternaba con la ganadería.

La llegada de Gutiérrez Arango a la decanatura se debió a una coyuntura política que se inició por el cambio de gobierno estatal al iniciarse la dictadura del General Rojas Pinilla. Con el nuevo gobierno fue reemplazado de la gobernación Bernardo Mejía Rivera por el Coronel Gustavo Sierra Ochoa. Sin embargo, las relaciones con la Universidad se mantuvieron cordiales, hasta el 8 de junio de 1954, cuando, durante una manifestación conmemorativa a la muerte de un estudiante de la Universidad Nacional, los militares dieron muerte a un estudiante de medicina de la Universidad de Caldas. Al día siguiente, los estudiantes de la Universidad organizaron la marcha silenciosa del funeral, la cual se intentó disolver con un comunicado oficial, pero no tuvo resultado; ante esta situación, los militares volvieron a disparar contra la multitud y causaron la muerte a cuatro estudiantes y quedaron 50 más heridos. Con ello, el Rector Pbro Francisco Giraldo fue reemplazado por Arturo Gómez Jaramillo, subiendo con él Ernesto Gutiérrez Arango a la decanatura de medicina (Tirado Mejía, 1989b, ; Valencia & Gómez, 1994).

Para el nuevo Rector, Gutiérrez era un buen candidato ya que era una persona emprendedora, con conciencia social, neutral en la coyuntura política dictatorial que vivía el país, además, de tener una posición social y económica que le permitía establecer relaciones cordiales con estamentos gubernamentales nacionales y con otras entidades nacionales e internacionales. Este cargo le interesó a Gutiérrez Arango y asumió la decanatura.

El panorama de actores sociopolíticos que rodeaban la facultad estaba enmarcado por la influencia del campo político de ese momento, ya que era la dictadura conservadora quien ejercía el control sobre todos los aspectos de la vida del país. Sin embargo, aparece un actor con poder económico, político y académico grande, permitiendo que se establecieran de forma más efectiva contacto con el campo educativo nacional e internacional, ya esta vez con las fundaciones estadounidenses, especialmente la fundación Rockefeller y con la OPS, lo cual sería el primer paso a la consolidación del departamento de medicina preventiva.

Durante su administración, Gutiérrez Arango estableció contactos con la Universidad de Antioquia y la Universidad del Valle. Ellos le ayudaron a organizar la facultad hacia la nueva orientación en educación médica y le facilitaron contacto con entidades internacionales como la Organización Sanitaria Panamericana, la Fundación Rockefeller y la Universidad de Tulane.

Un ejemplo de ello, fue el envío de varios grupos de profesores y estudiantes de último año a la Universidad de Tulane a especializarse, la mayor parte en ciencias básicas. Dentro de estos grupos se encontraba Eduardo Buitrago, quien estuvo entre 1955-1956 (en el primer grupo), para estudiar microbiología. En el mismo grupo también se encontraba Hernando Orozco, quien estudió Bioquímica, y a su regreso fundó el departamento de ciencias básicas. Igualmente ocurrió lo mismo con Hernán Estrada, que estudió anatomía patológica y a su llegada en 1960, dio una nueva organización al departamento de morfología (Autores Varios, 1994).

Gutiérrez Arango asistió como decano de la facultad de medicina de Caldas al primer seminario de educación médica celebrado en Cali, donde estableció y afianzó el apoyo de estas instituciones. Una muestra fue el informe rendido al comité organizador del primer seminario de educación médica, donde a la pregunta de la existencia de relaciones institucionales, la Universidad de Antioquia, del Valle y Caldas informaron que tenían relaciones entre sí; sin embargo, no se especifica que tipo de relaciones y el impacto de las mismas en cada facultad. (Universidad del Valle, 1957, Universidad del Valle).

En este seminario Gutiérrez se comprometió con las reformas acordadas en la reunión de Decanos y se motivó mucho con la enseñanza de la medicina preventiva, para lo cual solicitó una beca a la Oficina Sanitaria Panamericana para preparar un docente en salud pública. Para la época la Universidad de Sao Paulo era la encargada de preparar salubristas de América Latina, pues tenía la orientación de la Universidad de Johns Hopkins, y había sido financiada por la Fundación Rockefeller; por tanto la beca obtenida se daría para asistir Brasil (Gómez Arango, 2006).

Sin embargo, la Universidad sufrió una nueva crisis administrativa hacia 1956, producto de las medidas políticas que se estaban viviendo durante el segundo periodo de mandato de Rojas Pinilla y el descontento de todos los sectores de la ciudad, tanto empresarios como estudiantes. A nivel

universitario, existía una presión constante del gobierno local por controlar las actividades académicas, llegando al punto de censurar periódicos, boletines internos y actividades culturales, entre otras. Esta situación obligó a que el Rector Arturo Gómez Jaramillo renunciara en enero de 1956, siendo reemplazado por Cesar Palacio Londoño, quien cambió a Gutiérrez Arango por Abelardo Arango, médico urólogo, que no aceptó el cargo pues lo desvinculaba de su actividad clínica por mucho tiempo. Fue así que en febrero renunció y fue reemplazado por Heinrich Seidel. Este cambio se debió más a una política de reemplazar a todo el plantel administrativo para evitar la continuación de las propuestas de cambio de Gómez Jaramillo, que a un ataque directo contra Gutiérrez Arango, ya que a pesar de no seguir en la decanatura, siguió en la facultad y los cambios y contactos que había propiciado se siguieron dando.

El nuevo Rector tampoco duró en el cargo, pues, por desacuerdos con el Gobernador fue reemplazado por el Teniente Coronel Guillermo Guzmán hacia diciembre de 1956. Durante la nueva rectoría, la decanatura de medicina pasó a manos de Félix Henao Toro (Valencia & Gómez, 1994). Durante la decanatura de Henao Toro, se publicaron dos documentos en 1957; uno el programa de cirugía de ese año y, el otro, un documento institucional de la secretaría de la Universidad ⁴¹. Este documento mostraba la organización de la facultad de medicina por departamentos, de la siguiente forma:

Morfología: anatomía, neuroanatomía, dibujo anatómico, histología.

Ciencias fisiológicas: introducción a la bioquímica, bioquímica, biofísica, fisiología, farmacología y terapéutica.

Patología: anatomía patológica, patología interna, patología tropical, patología quirúrgica, cancerología, medicina legal.

Medicina Interna: clínica médica, clínica hematológica, sifilografía, clínica pediátrica, semiología, radiodiagnóstico, fisiología, órganos de los sentidos.

Cirugía: técnica quirúrgica, clínica quirúrgica general, clínica urológica, clínica ortopédica y traumatología, neumología y cirugía.

Ginecología y obstetricia: obstetricia y ginecología.

Psiquiatría y neurología: clínica psiquiátrica y clínica neurológica.

⁴¹ Ambos documentos fueron escritos antes de la caída de la dictadura de Rojas Pinilla, pues el programa estaba fechado hacia febrero de 1957 y el documento de la secretaria de la Universidad tiene una fecha probable de abril de 1957.

Pediatría: puericultura y clínica pediátrica.

Medicina preventiva: biología humana, bacteriología, parasitología, bioestadística, nutrición y dietética, deontología médica.

Como se puede observar, era una mezcla entre el plan de estudios de la Universidad Nacional y el de la del Valle, ya que disminuía las horas de anatomía y hacía énfasis en el estudio patológico, pero persistían cátedras que enseñaban la enfermedad como producto de lesiones anatómicas (como el departamento de patología). Tiene un híbrido entre el concepto de higiene y sanidad (cátedra de biología y sifilografía), y presentó la salud pública bacteriológizada (como el departamento de medicina preventiva, pero bajo la concepción de Rosenau) (Quevedo et al., 2004).

El departamento de medicina preventiva estaba conformado por seis cátedras, pero faltaban epidemiología y medicina preventiva. En cambio estaban cátedras que sólo existían en este departamento y no se habían recomendado en el seminario de educación médica de Cali como a deontología médica. Esto se puede deber a la formación profesional del Decano y, probablemente, el primer jefe del departamento, quien hacía énfasis en la educación bacteriológica. La inclusión de la cátedra de bioestadística es probable que se debiera a que Henao Toro estuvo representando la facultad en el comité de medicina preventiva durante el primer seminario de educación médica, donde se hizo énfasis en la enseñanza de esta área.

En este mismo documento institucional se hace referencia a que los estudiantes de medicina harían prácticas en el barrio León XIII de estrato bajo, pero no especifica que tipo de trabajos se realizaban y que departamento o profesor era el responsable. Este es un barrio obrero que tomó el nombre del Papa León XIII, quien había publicado la encíclica *Rerum Novarum* (De las cosas nuevas) en 1891. En la encíclica defendía a los obreros contra los abusos que el sistema capitalista imponía, motivando a los cristianos a reclamar los derechos laborales mediante la organización por gremios para ser oídos y respetados como hijos de Dios y ciudadanos del mundo (Vicaría de Pastoral Social, 1982).

El otro documento era el primer programa de cirugía para los estudiantes de 5° año; es decir, la primera promoción, donde se hace la descripción de las funciones del departamento⁴² en general y del programa en particular. En éste se observa una orientación del programa hacia la conservación de la salud, restablecimiento integral de los pacientes y la misión social de los médicos, así como la búsqueda de una integración entre departamentos: “Los ponentes [de las clases] serán los profesores, no solamente de cirugía, sino también de los departamentos de medicina, patología, radiología, anatomía, fisiología, medicina preventiva; todo con el fin de sostener las interrelaciones de las distintas materias, útil si se quiere obtener una formación integral en una ciencia cuyo objetivo es el hombre y la preservación de su salud física y mental” (Mejía Ruiz, 1957, Archivo Histórico: 1-2). En general, el programa tiene una orientación hacia el estudio de la historia natural de la enfermedad, resaltando la importancia de la prevención, y, por ende, de la medicina preventiva.

Al parecer estos cambios se dieron por dos razones. Por una parte, producto de las reformas académicas que se estaban dando en todas las facultades de medicina después del primer seminario de educación médica. A ello Henao Toro empezó a dar los esbozos de una reforma curricular que se vino a terminar bajo la administración de Gutiérrez Arango. Por otra parte, el programa de cirugía muestra una incorporación del modelo flexneriano de integración entre áreas y un énfasis en la salud pública y medicina preventiva, que no se observaba en el desarrollo de la facultad. Esta situación se debe a que el primer jefe del departamento era Mejía Ruiz, quien había analizado profundamente este modelo y había sido el representante de la facultad ante el comité de cirugía del primer seminario en Cali, lo cual favoreció que se diera el cambio hacia la enseñanza médica según el modelo flexneriano y la concepción de medicina preventiva de Leavell y Clark (Mejía Ruiz & Zuloaga Gómez, 1960).

5.3. Consolidación de la medicina preventiva: la influencia antioqueña y caleña

Hacia principios de mayo de 1957 se originaron revueltas estudiantiles a nivel nacional que acompañaban las voces de protesta de la iglesia, los industriales, la banca y demás sectores económicos y políticos del país, lo cual favoreció el fin de la dictadura de Rojas Pinilla. Para

⁴² Es el primer documento donde aparece la facultad organizada por departamentos. No tiene autor, pero se puede suponer que fue elaborado por Enrique Mejía Ruiz, primer jefe del departamento.

normalizar la situación en Manizales, donde se realizaron huelgas, arengas y enfrentamientos con saldo sangriento, fue nombrado como Gobernador el Coronel Gerardo Ayerbe Chaux, quien aceptó las peticiones universitarias y nombró de Rector a Arturo Gómez Jaramillo. Con la nueva Rectoría fue nombrado Gutiérrez Arango de Decano de medicina, puesto que ocupó por un período de seis años (hasta 1963) (Valencia & Gómez, 1994).

Durante la segunda decanatura, Gutiérrez Arango continuó los cambios que se habían esbozado en su primer período, y durante el decanato de Félix Henao Toro, además, se reactivaron los contactos con las facultades de medicina de la Universidad de Antioquia (Ignacio Vélez Escobar) y del Valle (Gabriel Velásquez Palau).

También favoreció un crecimiento de los departamentos al nombrar jefes de tiempo completo, quienes en su mayoría fueron médicos preparados en Universidades extranjeras y con una visión amplia de la medicina para buscar la integración y la innovación. En el departamento de medicina interna estaba Ferry Aranzazu, quien había estudiado medicina interna en Estados Unidos⁴³ (Autores Varios, 1994, ; Montoya Jaramillo, 2006). En pediatría se nombró a Luis Enrique Ramos, médico egresado de la Universidad de Antioquia, que había llegado por invitación de Gutiérrez Arango. En ginecología nombraron a Bernardo Botero Peláez, quien acababa de llegar de Argentina. Lo mismo ocurrió con el departamento de psiquiatría, donde fue nombrado Guillermo Arcila Arango, manizalita que había estudiado en Buenos Aires e introdujo una reforma muy importante en el manejo de estas patologías (Autores Varios, 1994).

En ciencias básicas se contaban con varios profesores antiguos, lo cual dificultó el nombramiento de jóvenes con nuevas ideas. No obstante, el cambio hacia la nueva orientación curricular se fue dando con el apoyo de profesores antiguos como Aquiles Asmar y con la llegada de nuevos como Eduardo Buitrago, Hernán Estrada y Hernando Orozco, quienes aportaron ideas renovadas a los departamentos a los que pertenecían (Autores Varios, 1994).

⁴³ Según Humberto Montoya, amigo cercano de Aranzazu, éste había estudiado en la Universidad de Tulane. Según el libro de la facultad, Aranzazu fue el primer internista con título que tuvo la ciudad de Manizales, lo cual refuerza que sí tuvo que estudiar su especialidad por fuera del país. Además, Aranzazu era muy cercano de Gutiérrez Arango y le ayudó mucho durante la organización de la facultad.

Un evento que ayudó a esta reforma fue el hecho de que durante la decanatura de Seidel se gestionó la beca de la Oficina Sanitaria Panamericana, que Gutiérrez había ofrecido a Silvio Gómez Arango, manizalita, quien hizo medicina en la Universidad Nacional y estaba haciendo el rural en el hospital municipal en 1956. El compromiso de Gómez al volver de la beca de estudios era fundar el departamento de medicina preventiva, compromiso que cumplió en parte, pues cuando volvió a finales de 1958, el departamento estaba instituido pero faltaba organizar e introducir más cátedras, de acuerdo con las recomendaciones de los seminarios de educación médica y medicina preventiva realizados en esta época (Gómez Arango, 2006).

Fue así como se organizó el plan de estudio de 1958, donde el departamento tenía las cátedras de estadística en primer año, bacteriología y parasitología en segundo año, y en quinto año medicina preventiva. El personal del departamento constaba de un jefe de tiempo completo, que era Silvio Gómez, impulsador de este programa, un auxiliar docente, un profesor de tiempo completo para bacteriología y de medio tiempo para parasitología, una enfermera profesional de salud pública y dos auxiliares de enfermería.

No hay información sobre las actividades en el barrio León XIII. Sin embargo, parece ser que los estudiantes de quinto año hacían la práctica de medicina preventiva en este sitio, contando con el apoyo de la enfermera profesional y las dos auxiliares. De allí se puede intuir que los programas estaban enfocados hacia la consulta de las patologías más comunes, como enfermedades infecciosas, manejo de la desnutrición y educación sanitaria.

Según entrevista con Silvio Gómez (Gómez Arango, 2006), las reformas que se iniciaron en esta etapa de la facultad, en especial del departamento de medicina preventiva, causaron una buena impresión a los delegados de la Fundación Rockefeller que visitaron la facultad en 1958, invitados por Gutiérrez Arango. Gracias a ello, Gómez obtuvo una beca para estudiar epidemiología en la Universidad de Johns Hopkins en 1959, beca que hizo efectiva. Regresó en 1960 para aplicar sus conocimientos y ampliar los métodos de enseñanza de la medicina preventiva en los estudiantes. Una muestra de ello fue la solicitud de construir un centro piloto de salud.

En este momento se empieza a consolidar una nueva generación de médicos docentes de la facultad, que conocían de forma directa los cambios educativos a nivel internacional, ya fuera por haber estudiado en Estados Unidos o en otros países de América Latina que estaban a la vanguardia de las reformas, como el caso de Argentina. Esta situación favoreció el desarrollo del departamento de medicina preventiva y de los cambios que se habían estado generando desde 1954 con la adaptación de las recomendaciones de los seminarios, ya que se tenía un conocimiento sobre los nuevos conceptos y se pudo hacer las reformas desde lo teórico hasta la organización administrativa con fundamentos claros.

En 1960 se iniciaron los trámites en el consejo superior para construir un centro piloto de salud. El 6 de abril, por medio del acuerdo No. 002, el consejo superior, en cabeza del Rector Rafael Marulanda Villegas, autorizó la construcción del centro de salud dentro de los predios de la Universidad para que tuviera impacto en los barrios de influencia, es decir, en el barrio Fátima y Pío XII, de estrato social bajo, que circundaban la institución. Al parecer, Silvio Gómez quería introducir el nuevo esquema de enseñanza de la medicina preventiva aprendido en Estados Unidos, el cual es probablemente diferente al practicado en el barrio León XIII. Por ello aprovechó la coyuntura universitaria de aumentar la proyección a la comunidad, y solicitó se construyera el centro de salud de Fátima (Consejo Directivo UCaldas, 1960, Archivo Histórico).

Esta situación hizo modificar el plan de estudios de la facultad, aumentando o trasladando de año las cátedras del departamento. Bioestadística paso de primer a segundo año, se empezó a enseñar epidemiología en cuarto año y medicina preventiva en quinto año y se aprobaron cuatro semanas de rotación durante el internado (6° año). Todas estas cátedras estaban a cargo de Silvio Gómez y dos profesores auxiliares, Aldemar Gómez⁴⁴ y Augusto Gómez, quienes era médicos recién graduados de la facultad, que habían estado colaborando con Silvio Gómez desde su llegada en 1958; además, contaban con el monitor Humberto Montoya, estudiante de medicina. Parasitología y microbiología seguían en segundo año a cargo de Félix Henao Toro, Marcelo Suárez y Eduardo Buitrago (Consejo Consultivo de la facultad de medicina UCaldas, 1960, Archivo Histórico).

⁴⁴ Médico caldense graduado de la Universidad de Caldas en 1959; había sido estudiante de Silvio Gómez en quinto año.

En el año de 1960 se cristalizaron varios eventos interesantes que marcaron el desarrollo obtenido en el departamento de medicina preventiva. Por una parte, en Colombia se creó la comisión de construcción y desarrollo de los centros de salud. Como representante de esta comisión llegó a Manizales Mario Gómez Ulloa, quien era funcionario del Ministerio de Salud. A nivel departamental se contó con Alfonso Mejía Venegas, quien estaba coordinando el proyecto de construcción y organización de los centros integrales en salud. Ellos dieron piso jurídico y económico al proyecto de construcción del centro de salud en la Universidad, el cual se llamaría Centro Piloto por ser el primero en Manizales. El grupo encargado de la organización y coordinación de la obra estaba compuesto por Gómez Ulloa, Mejía Venegas, el secretario de higiene municipal Alberto Vásquez Jiménez, el jefe del departamento de medicina preventiva Silvio Gómez y los auxiliares Aldemar Gómez y Humberto Montoya (Gómez Arango, 2006, ; Montoya Jaramillo, 2006).

Además, de este proyecto, el grupo estuvo vinculado a la organización de los servicios de salud para Manizales, como capital y ciudad, así como al desarrollo de la docencia. Esto se favoreció por otro evento que se cristalizó en 1960; la apertura del Hospital Departamental de Caldas. Este proyecto empezó en 1950 a cargo del Departamento de Caldas, pero hacia 1953 fue cedido a la Beneficencia de Caldas para que lo financiara. La organización estuvo a cargo de la facultad de medicina, por medio de un contrato de docencia, permitiendo que se realizaran labores universitarias en sus instalaciones; la parte económica seguía por cuenta de la Beneficencia (Autores Varios, 1994, ; González, 2005).

En esta coyuntura por estar involucrados con las dos instituciones, el departamento de medicina preventiva estableció una red de servicios entre el centro de salud y el hospital, iniciándose el programa de cirugía ambulatoria y cuidado domiciliario (Gómez Arango, 2006). Sin embargo, no tuvo mucha acogida por parte del personal clínico ya que, hasta ese momento, no se conocían muchas experiencias sobre este tipo de manejos y no se tenía práctica para realizarlos de forma adecuada, quedando sólo en un esbozo que no prosperó.

También en este período se comenzó a tomar el modelo de actividades extramurales que realizaban del departamento de medicina preventiva y salud pública de la Universidad del Valle. De esta

manera, los estudiantes de quinto año realizaban varias clases de actividades en el centro de salud de Fátima. Por una parte, aplicaban los conceptos teóricos aprendidos durante las clases de años anteriores sobre medicina preventiva y salud pública, esto apoyado en fundamentos de estadística y epidemiología, que según Gómez, le daban el soporte científico (Gómez Arango, 2006). Por lo tanto los estudiantes realizaban consulta externa, orientada a las patologías maternas e infantiles como consulta prenatal, control de crecimiento y desarrollo, valoración nutricional, vacunación y manejo de enfermedades infecciosas. Los programas se realizaban en el centro piloto con las personas que subían a la Universidad a buscar atención médica.

Por otra parte, los estudiantes recibían clases de la enfermera de la Secretaría de Higiene del municipio, quien les enseñaba la parte práctica de los programas antes mencionados; además, junto con los profesores del departamento, los orientaba hacia el contacto con la población, ya que cada estudiante tenía una familia a su cargo para realizarle seguimiento de varios aspectos sociales, económicos y de salud como la vivienda, medidas de saneamiento ambiental, nivel nutricional, enfermedades, control de alimentos y educación, entre otras. Al final, los estudiantes realizaban una monografía analizando la situación observada y los proyectos adelantados con cada miembro. La parte médica era atendida en el centro de salud o en el hospital según el caso.

En palabras de Silvio Gómez “Los primeros cuatro años [del departamento] hubo una gran improvisación, pero hubo integración entre la facultad, los servicios de salud y los hospitales. Fue un trabajo en equipo no formal pero con grandes resultados” (Gómez Arango, 2006). Esto se puede observar en varios casos que comentaron los entrevistados, ya que la aceptación hacia las nuevas cátedras fue difícil, principalmente con los profesores de clínicas (medicina interna y cirugía). Estos profesores consideraban que los salubristas “hablaban mucho y eran muy burocráticos”, pero que no hacían nada por la salud (Grajales Hoyos, 2006). El mecanismo que tuvieron los profesores de medicina preventiva fue el ejercicio clínico en los hospitales y realizando estudios epidemiológicos, mostrando las patologías más frecuentes y las formas de manejo. Además, contaban con el apoyo del Decano Gutiérrez Arango y varios profesores que habían estudiado por fuera del país.

Un inicio de esta aceptación se dio en octubre de 1961, cuando se aprobaron las residencias clínicas. Dentro del primer año tenían que pasar por el departamento de medicina preventiva y realizar

trabajos en el hospital y centro de salud (Consejo Consultivo de la facultad de medicina UCaldas, 1961, Archivo Histórico).

5.4. Relevo generacional: un cambio en la mirada de la medicina preventiva

Las relaciones entre instituciones siguieron todo el tiempo, y las reformas curriculares cada vez más tendían a acercarse al consenso nacional y hacia las nuevas propuestas educativas. Tal es el caso de la inclusión de ciencias sociales en el plan de estudios de medicina. En diciembre de 1961 la facultad de Caldas solicitó conocer el plan de la facultad de Antioquia. Ellos le enviaron una carta en enero de 1962 donde contaban el programa de estudios de primer año de la facultad de medicina (Desconocido. Facultad de medicina Universidad de Antioquia, 1962, Archivo Histórico).

El Decano Gutiérrez aprobó, por medio de la resolución del consejo de facultad No. 2 del 2 de febrero de 1962, acomodar el plan de estudios modificando la intensidad horaria e incluyendo algunas cátedras; sin embargo, la cátedra de antropología médica fue la única que no se incluyó en el nuevo plan de estudios de la Universidad de Caldas (Consejo Consultivo de la facultad de medicina UCaldas, 1962a, Archivo Histórico). Las razones son desconocidas, pero podría deberse a la falta de docentes en el área o porque no tenía el suficiente respaldo nacional para que se convirtiera en una cátedra importante en la formación de los médicos. A cambio de esta cátedra se introduce una de humanidades, que se inició en febrero de 1964, después de las recomendaciones dadas en la reunión de Ascofame en Cartagena en 1963.

Así mismo, el Decano continuó las relaciones con instituciones extranjeras, y hacia mayo de 1962, le fue concedida una beca en la Universidad de Tulane para preparar un profesor en parasitología, la cual le fue asignada a Yesid Gutiérrez Hoyos, profesor auxiliar del departamento de medicina preventiva, quien era en ese momento estudiante de sexto año (Consejo Consultivo de la facultad de medicina UCaldas, 1962b, Archivo Histórico).

Por otra parte, la facultad se involucró en el desarrollo del estudio de recursos humanos en Colombia, liderado por Ascofame, con el apoyo del ministerio y de la fundación Milbank. A estas reuniones de organización asistió Silvio Gómez, quien invitó a Aldemar Gómez para que coordinara

el proceso de recolección de información y análisis estadístico. En este periodo le ofrecieron a Silvio Gómez la jefatura del departamento de medicina preventiva de la Universidad Nacional para que ayudara a organizarlo a semejanza del de Caldas; además, le ofrecieron una beca personal de la Milbank⁴⁵, como apoyo para el nuevo cargo. Fue por ello que se fue de Manizales desde 1963 y no volvió.

También Gutiérrez Arango se desvinculó de la facultad en ese año, aunque de forma temporal. En 1963, con el gobierno de Guillermo León Valencia, Gutiérrez Arango fue nombrado Ministro de Salud, cargo que no aceptó, al parecer porque el gobierno era conservador, y él sería la cuota liberal en la administración, lo cual entorpecería el desarrollo de sus proyectos. En cambio de ello prefirió la Rectoría de la Universidad, que estaba en crisis por la reelección de Rafael Marulanda Villegas en contra de la federación de estudiantes. Esta situación se dio porque los estudiantes no estaban de acuerdo con los últimos acuerdos que había gestionado Marulanda con instituciones estadounidenses (como la fundación Rockefeller, la fundación Kellogg y el Servicio Técnico Colombo-Americano) pues a su apreciación, ya se estaban involucrando mucho con el funcionamiento normal de la Universidad y estaban “imponiendo” la creación de facultades como la de Economía del Hogar, que no respondía necesidades directas de la población colombiana.

La huelga estudiantil se inició a mediados de octubre de 1963 y se calmó con el nombramiento transitorio de Álvaro Cardona Montes, médico veterinario de la primera promoción de la Universidad de Caldas, quien estaba ejerciendo la docencia en dicha facultad. Montes era neutral ante los ojos de las directivas y estudiantes universitarios, lo cual procuró un periodo de calma y la reanudación de actividades académicas. El cuatro de diciembre de 1963, al finalizar año lectivo, fue nombrado Ernesto Gutiérrez como Decano, permaneciendo en el puesto hasta 1969.

Con la Rectoría de Gutiérrez Arango se iniciaron reformas importantes en la Universidad principalmente encaminadas hacia el desarrollo de una verdadera política de planeación universitaria, ya que hasta el momento todo funcionaba por buena voluntad. Una de las medidas

⁴⁵ Según lo relatado por Gómez y Montoya, dos becarios de esta modalidad de beca de desarrollo personal y profesional, esta consistía en un bono de dinero que el becado hacía efectivo en lo que deseara para aumentar su preparación académica, es decir, se empleaba para viajes a eventos académicos, compra de libros o material para autoaprendizaje, pero no para realización de estudios formales. En el tiempo que la recibieron les dieron a cada uno cerca de US\$ 40.000.

aplicadas a nivel académico fue la organización de las facultades por departamentos, según estaba funcionando la facultad de medicina. Para ello el Consejo Directivo expidió la resolución No. 15 de mayo de 1964 donde se reglamentaba el funcionamiento de los departamentos de las facultades. Cada uno debía cumplir con cuatro objetivos básicos: estudio, docencia, investigación y asistencia. La meta era alcanzar la integración entre departamentos a través de cursos de extensión y seminarios (Consejo Directivo UCaldas, 1964, Archivo Histórico).

En la facultad de medicina las dos renunciadas (Gómez y Gutiérrez) dieron paso a nuevos jefes. Rafael Henao Toro, médico cirujano, quien subió a la decanatura, y Aldemar Gómez, quien asumió la jefatura del departamento de medicina preventiva. El Decano continuó con los proyectos de su antecesor y con las relaciones que tenían con otras Universidades, a las cuales acudían cuando tenían problemas por falta de personal docente, como ocurrió a principios de 1964, cuando pidieron a la Universidad de Antioquia les facilitara un profesor de fisiología; a la del Valle, para que les colaborara con un profesor de farmacología, y a ambas, por la renuncia del profesor de estadística, cargo que estaba supliendo un profesor de medicina veterinaria (Consejo Consultivo de la facultad de medicina UCaldas, 1964a, Archivo Histórico).

Con la jefatura de Aldemar Gómez, el departamento de medicina preventiva siguió con los programas y cátedras que se venían dando, pero con pequeñas reformas, como en el caso de los programas que debían realizar los estudiantes de residencias clínicas, los cuales fueron modificados hacia mayo de 1964. Las cátedras seguían siendo estadística en primer año (Enrique Guevara); en segundo año parasitología (Marcelo Suárez, Yesid Gutiérrez), microbiología (Eduardo Buitrago, Aldemar Gómez), bioestadística (Aldemar Gómez, Hugo Botero); en tercer año medicina preventiva (Aldemar Gómez, Augusto Gómez, Alberto Duque) y en quinto año medicina preventiva (Aldemar Gómez y Alberto Duque).

En agosto de 1964 se fortaleció la cátedra de nutrición y dietética con la llegada de Helberto Luna-Jaspe, médico egresado de la Universidad Nacional, quien se había especializado en el área en la Universidad Autónoma de México. Luna-Jaspe llegó a Manizales como funcionario del Departamento Nacional de Nutrición, ente que estaba desarrollando y financiando un programa nacional de nutrición infantil. En Manizales este programa estuvo a cargo del gobierno

departamental, la Universidad y el hospital infantil, quienes crearon un departamento de nutrición, a cargo de Luna-Jaspe. Este profesor dio apoyo a todos los programas que se desarrollaron en el departamento de medicina preventiva durante todo el tiempo que estuvo como docente (Consejo Consultivo de la facultad de medicina UCaldas, 1964b, Archivo Histórico).

También en este periodo se podía observar más muestras de integración entre departamentos. Por ejemplo, Gustavo Álvarez Llano trabajó medio tiempo en medicina interna y medio tiempo como docente especial de medicina preventiva; su reemplazo en octubre de 1964 fue Jorge Vargas Gómez, quien continuó con el proyecto de integración. Para esa misma época se motivó la formación en epidemiología a otros profesionales diferentes de los relacionados con salud pública. Fue así que los candidatos para el congreso a realizarse en la Laguna de Suescún en 1965 fueron de medicina interna, ginecobstetricia, pediatría, cirugía y patología (Consejo Consultivo de la facultad de medicina UCaldas, 1964d, Archivo Histórico).

Hacia finales de 1965 llegó Humberto Montoya al departamento de medicina preventiva. Montoya se graduó de la facultad de medicina de Caldas en 1963, y luego de hacer su rural, fue a estudiar salud pública en la Universidad del Valle, institución con la que la facultad tenía un programa de intercambio constante de estudiantes. A su regreso, Montoya asumió la jefatura del departamento pues Aldemar Gómez había obtenido una beca para estudiar epidemiología en la Universidad de Johns Hopkins. Gómez obtuvo esta beca gracias a su participación en el estudio nacional de recursos humanos, donde conoció representantes de la fundación Milbank, quienes le facilitaron esta opción. Sin embargo, cuando regresó a Manizales no volvió a vincularse a la facultad sino que ejerció como director seccional de salud pública por varios años.

Con la nueva mirada que traía Montoya de la salud pública se iniciaron algunos cambios, principalmente en las prácticas de las asignaturas. Según su pensamiento, la facultad debía tener una población bajo su directa responsabilidad, y consideraba que las condiciones de salud del barrio Fátima y Pío XII eran compromiso del servicio local de salud y no de la facultad. Este pensamiento se vio reforzado por algunas quejas de los habitantes de estos barrios, quienes desde septiembre de 1964 habían empezado a presentar roces con los estudiantes por falta de colaboración mutua, poca participación en los programas médicos y una percepción diferente de la población hacia la ayuda

ofrecida por la facultad, ya que ellos esperaban que se les facilitaran soluciones de vivienda y económicas, entre otras (Consejo Consultivo de la facultad de medicina UCaldas, 1964c, Archivo Histórico).

En esta situación, Montoya decidió solicitar a la secretaría departamental de salud la dirección del Hospital de Villamaría, un pueblo que queda a 15 minutos de Manizales, cuyo principal comercio es el cultivo de café. Esta propuesta fue aceptada y a mediados de 1966 se firmó un contrato entre la secretaría y la Universidad, donde el primero se responsabilizaba de la financiación y el segundo del desarrollo de programas de salud y el pago del personal docente que laborara en ellas.

Fue así como el centro piloto de salud pasó a manos del departamento y todas las actividades docentes se volcaron al nuevo programa llamado “DUIS”: Distrito Universitario Integrado de Salud. El distrito comprendía la zona urbana y rural, para las cuales hicieron programas especiales. Por ejemplo, se contrataron auxiliares de enfermería, que iban por todas las casas y hacían motivación a la comunidad, educación sanitaria y control nutricional. Los estudiantes de medicina hacían consulta externa en programas similares a los del centro piloto de salud, Además, de visitas domiciliarias para estudiar casos de enfermedades infecciosas o materno-infantiles (Raad Aljure, 2006).

Dentro de este programa, Montoya vinculó a los Decanos de agronomía, medicina veterinaria, trabajo social y economía del hogar, quienes enviaban a los estudiantes de último año a realizar práctica comunitaria. Una vez a la semana salían a la zona rural los estudiantes de las anteriores carreras, junto con los de medicina y las auxiliares, para realizar labores y proyectos con la comunidad.

El desarrollo y puesta en marcha de este proyecto se debió a la dirección de Montoya y al apoyo de varios médicos que se vincularon a la facultad a través de este programa. Fue así como Octavio Grajales, médico de la facultad de Caldas, quien había estudiado medicina interna en la Universidad de Antioquia, se vinculó nuevamente a su facultad. También llegaron Nelson Lenis, médico especialista en salud pública de la Universidad de Antioquia; y Mario Gartner Tobón, manizalita, especialista en pediatría de la Universidad de Antioquia, quien desarrolló el programa de

planificación familiar en Villamaría. Estos cuatro primeros personajes fueron los pilares fundamentales para la puesta en funcionamiento del DUIS (Grajales Hoyos, 2006, ; Raad Aljure, 2006).

Junto con ellos se fueron vinculando Mario Atehortua, antioqueño, salubrista, especialista en administración hospitalaria de la Universidad de Antioquia; Oscar Gómez Ceballos, manizalita, especialista en ginecología y obstetricia, quien dio apoyo al programa de planificación que estaba realizando Gartner; Hernán Arroyabe, especialista en pediatría; y Alberto Noreña Mejía, administrador de empresas, quien por invitación de Montoya, se encaminó hacia la bioestadística y se convirtió en profesor de la facultad.

Con este gran grupo de profesores, Montoya cambió el énfasis del departamento desde la atención clínica y educativa hacia la administración de servicios de salud, ya que para estos docentes era importante que los estudiantes aprendieran el funcionamiento de un hospital y así realizaran un manejo integral; es decir, que supieran del desarrollo de programas comunitarios y en zona rurales, el trabajo clínico y hospitalario, y el manejo administrativo y presupuestal de un hospital. Con eso lograrían mayor reconocimiento y respeto académico (Grajales Hoyos, 2006, ; Montoya Jaramillo, 2006).

Este programa tuvo reconocimiento nacional e internacional, teniendo sus docentes que viajar en varias ocasiones a presentar su funcionamiento. En estas actividades de promoción, la fundación Milbank conoció el proyecto y lo apoyo con financiación tanto para el DUIS como para Montoya, quien se hizo acreedor de la beca de desarrollo personal en el año de 1969. Esta situación sirvió para que varios de los profesores fueran nombrados en cargos de mayor reconocimiento. Humberto Montoya subió a la decanatura de la facultad en 1970, Octavio Grajales pasó a la Dirección Científica del Instituto de Seguros Sociales y Mario Gartner fue nombrado director de Profamilia.

Con ellos se puede ver que el poder que consiguieron consolidar el grupo de docentes que se habían preparado en el exterior se pudo perpetuar con la continuación de sus conocimientos pero de una forma muy renovada, adaptada a la realidad de la región y retomando las mejores experiencias de otras facultades, crearon grandes avances en la enseñanza médica como el caso del DUIS. Cabe

resaltar que en todas estas etapas de crisis nacionales e institucionales, la autonomía e independencia se mantuvo; ellos establecieron contactos, tuvieron visitas e intercambios con actores de la red nacional e internacional educativa, así como con el poder político y económico del país, pero sus intercambios facilitaron la toma de los mejores elementos que adaptaron según sus conceptos y conveniencias, por tanto no fue mucho el apoyo económico recibido de la fundación Rockefeller o la fundación Milbank, pero si las ayudas en preparación de personal.

Se podría seguir contando todo el desarrollo del departamento, las vicisitudes de este y otros proyectos que se dieron en medicina preventiva. Sin embargo, se relata hasta esta fecha por considerarse que con el DUIS la facultad de medicina de Caldas alcanzó el máximo esplendor en la institucionalización de la medicina preventiva; se creó, consolidó y se dio una verdadera integración interdepartamental. Además, haciendo honor a su pujanza, realizaron este proyecto según las características de su población, sus condiciones sociales, económicas y de patologías, tomando ideas de quienes los apoyaron, pero respetando su identidad de “arrieros y campesinos” como ellos mismos se llaman.

6. CONCLUSIONES: ADOBES PARA EL INICIO DE NUEVOS PROYECTOS

Retomando los objetivos que se plantearon al inicio del trabajo, lo que se buscaba era mostrar el proceso de creación y consolidación de la medicina preventiva como departamento y disciplina reglamentaria en la formación del médico colombiano de mediados de siglo XX. Hay que aceptar que falta mucho camino por recorrer, pues en el trabajo existen procesos que no se documentaron de forma adecuada y suficiente por falta de fuentes primarias. Con respecto a esto se presentaron dos problemas: por una parte los documentos eran escasos o inexistentes, y por otra, los documentos encontrados permitieron visualizar “puntas de iceberg”, pero no aportaron muchos elementos para comprender el evento en su totalidad.

Además de lo anterior, se conjugaron tres elementos que dificultaron el trabajo: tiempo, dinero y experiencia. Se espera en el futuro poder superar algunas de las deficiencias del trabajo, y por medio del desarrollo de proyectos de investigación relacionados con el tema, ir adquiriendo la experticia necesaria. Esto se refuerza con la presentación de las conclusiones del presente trabajo como un punto de apoyo para seguir investigando el tema y poder construir la historia de una forma más clara y coherente.

Con los resultados se pudo observar que la medicina preventiva era una disciplina que se estaba transformando desde principios del siglo XX, pero llegó a su punto de construcción con los trabajos realizados por Leavell y Clark hacia 1953, y los adelantos obtenidos en disciplinas como la epidemiología y la salud pública. La popularización de los conceptos que sustentaban esta nueva disciplina, es probable que fuera posible gracias al modelo capitalista que estaba en expansión en ese momento, ya que estas dos áreas comparten concepciones filosóficas similares, al apoyarse en la libertad individual y la tendencia general al equilibrio, ya sea microcelular o de mercados. Sin embargo, este punto requiere más análisis e investigación para poder establecer de forma clara sus conexiones.

El concepto de medicina preventiva llegó a Colombia durante una época de tensiones nacionales e internacionales. Nacionales reflejadas en la violencia partidista que estaba en auge desde el inicio del mandato de Mariano Ospina Pérez en 1947. A nivel internacional se vivía una tensión después

de la segunda guerra mundial, marcada por una política expansionista estadounidense del modelo económico capitalista, contrarrestando en modelo socialista de la Unión Soviética.

En este escenario se iniciaron en Colombia varios seminarios sobre educación médica y se desarrollaron visitas de profesionales estadounidenses para analizar el estado de la educación colombiana, como las misiones Humpheys y Lapham. Gracias a ellas se comenzó a hablar de medicina preventiva y a cambiar los planes de estudio. Sin embargo, tal afirmación no puede hacerse de forma totalizante y requiere una búsqueda más exhaustiva, pues en ninguna parte de las recomendaciones de dichas misiones se sugiere la medicina preventiva como cátedra de educación médica, y a cambio de ello, aparecen sólo en la recomendaciones de la segunda visita la salud pública, la epidemiología y la estadística como cátedras importantes para la enseñanza.

Se puede decir que la expansión se dio gracias a un contacto directo con las escuelas estadounidenses, ya que para la fecha varios médicos habían estudiado en estas Universidades y estaban llegando al país especialista en salud pública. De estas se puede destacar la Universidad de Johns Hopkins, Harvard o Tulane en Estados Unidos y la Universidad de Sao Paulo en Brasil. Este fue el caso de la Universidad del Valle, donde se contó desde un inicio con profesionales formados en el extranjero, y también con profesionales que se fueron formando según las necesidades de la facultad de medicina, gracias al apoyo con becas de fundaciones extranjeras. Este apoyo se dio gracias a las políticas internas de instituciones como la fundación Rockefeller, la fundación Kellogg o la fundación Milbank, que buscaban promocionar el desarrollo de la educación médica como medida para favorecer el periodo de “despegue” económico los países de América Latina.

Con respecto a las Universidades de Caldas y Cauca, se puede decir que el contacto directo con las experiencias de educación en medicina preventiva se dio gracias al primer seminario de educación médica, evento que sí marcó un hito en la reforma curricular de los años cincuenta, pues gracias a este evento se inició el cambio del modelo francés de educación hacia el modelo flexneriano. Un elemento adicional, que fue común a las tres facultades de medicina analizadas en el presente trabajo, fue el intercambio institucional con la facultad de medicina de la Universidad de Antioquia, ya que gracias a visitas, contratación de profesores antioqueños, o preparación de docentes de las facultades en escuelas de Medellín, se pudo conocer de forma cercana el desarrollo que ellos

estaban teniendo en las reformas educativas para así poderlas implementar de forma adecuada y con un verdadero sentido de cambio.

Con este panorama se puede decir que el concepto de medicina preventiva llegó de Estados Unidos, pero traído y aplicado por los profesionales que estaban liderando procesos educativos en las Universidades colombianas. La influencia extranjera fue indirecta, dada principalmente porque los profesionales del país se especializaron en Universidades estadounidenses, trayendo consigo los modelos educativos, adicionalmente, los procesos de interacción con unas instituciones del país jugaron un papel importante en la expansión, adaptación y consolidación de estos modelos en el ambiente social y económico del país; de allí que en el análisis de cada Universidad se resalten los personajes específicos que facilitaron estos cambios.

El papel que jugaron instituciones extranjeras como la fundación Rockefeller, la Kellogg, la Milbank, la Organización Sanitaria Panamericana, entre otras, no es muy preciso. En apariencia cada una de ellas buscaba, a su modo, expandir el modelo flexneriano de educación más que motivar la enseñanza de la medicina preventiva y en algunos casos, parece que fue hasta contradictorio. Por ejemplo, en el caso de la fundación Rockefeller, su búsqueda por promover la enseñanza de métodos de control y erradicación de enfermedades transmisibles fue el eje motivador que luego pudo unir con el concepto recién desarrollado de la medicina preventiva. Esto se observa en la forma como se fue vinculando tan estrechamente con la Universidad del Valle en general, pero principalmente con las facultades que permitían el desarrollo de este tipo de programas, como la facultad de arquitectura o de ingeniería, además de la de medicina.

La fundación Kellogg tenía una vinculación más específica con las facultades de medicina, en el sentido de que apoyaba casi exclusivamente la preparación de personal docente en ciencias básicas o disciplinas que tuvieran escasez de personal y dificultara la implementación del modelo flexneriano. Por el mismo estilo fueron los apoyos de las otras instituciones, centrándose en el desarrollo de áreas específicas en la educación médica, ya fuera por medio de seminarios o con becas para algunos profesores interesados.

No obstante, las influencias nacionales e internacionales no se dieron de forma gratuita y tranquila. Por una parte, se aceptaron intervenciones con la intención de buscar recursos económicos y académicos, como el caso de la Universidad del Valle, lo cual generó un estado de intercambio entre intereses, ya que los nacionales deseaban recursos económicos para construir su autonomía con respecto a la región, específicamente de Popayán. Los internacionales buscaban un espacio para expandir y desarrollar los proyectos de producción tanto en educación como en los sectores económicos.

A este punto traigo una apreciación que hizo Hugo Hurtado, biólogo, profesor de la Escuela de Salud Pública de Universidad del Valle, sobre este tipo de intervenciones: “El haber traído a la facultad influencia extranjera, sobre todo la fundación Rockefeller, hay que verla con objetividad. Tal vez sí hubo interferencia en la orientación de la facultad y las investigaciones, y Estados Unidos tiene intereses precisos como el control de enfermedades tropicales; por ello apoyaban investigación en este sentido, pero apoyaban también en otros temas. Fue un acierto que personas como Santiago [Renjifo] abrieran con el apoyo de la fundación Rockefeller, el mundo científico en Colombia. La visión nueva de los profesores le dio una refrescada a la academia” (Hurtado, 2006).

Con lo anterior se abren dos puertas de análisis. Por una parte las repercusiones que en materia científica significó el trabajo de Santiago Renjifo, y por otra, la búsqueda de cuales eran esos “intereses precisos” y motivantes para que la fundación Rockefeller se vinculara tanto con la Universidad del Valle, y que dicho vinculo persistiera a pesar de los acontecimientos de los años setenta.

Adicionalmente, se pudo observar que existieron intereses regionales que afectaron positiva y negativamente los procesos. Por ejemplo, la Universidad del Cauca aprovechó los contactos políticos que tuvo durante varios periodos de gobierno estatal para conseguir recursos que tendieran al desarrollo y mantenimiento de la facultad. Pero en ella misma se vivió un periodo de pugna interregional que los llevó a perder unidad y desarrollo mancomunado.

La Universidad de Caldas tomó experiencias y solicitó colaboración de todas partes, pero siempre manteniendo la autonomía y construyendo con los recursos propios (en personal, físicos y

económicos) su proyecto educativo, conservando cierto grado de regionalismo que no afectaba que ellos pudieran desarrollarse según las exigencias.

El resultado de todo el proceso de institucionalización fue muy amplio pues se convirtió, en todas las tres facultades, en el departamento con mayor número de cátedras, con mayor presupuesto y con mayor proyección a la comunidad, siendo el departamento bandera y que presentaba resultados muy impactantes para el mundo académico. La principal preocupación estuvo centrada en la necesidad de consolidar la medicina preventiva en el plan de estudios de forma integrada con los demás departamentos, para facilitar la comprensión de los conceptos preventivistas y su aplicación en la práctica médica diaria. Así mismo se buscaba un mayor desarrollo de la práctica comunitaria para lo cual se apoyaron en las experiencias extramurales que facilitaron el contacto directo con la realidad social y vivenciaron la efectividad de este tipo de prácticas en el mejoramiento de la calidad de vida de las personas y sus comunidades.

Para ir concluyendo se puede decir que la pregunta inicial del trabajo: *¿Cómo fue el proceso de institucionalización de la medicina preventiva en las Universidades de Caldas, Cauca y Valle?*, se respondió gracias a una búsqueda exhaustiva de la información y al análisis desde la perspectiva planteada. Con lo anterior se puede decir que en el proceso de institucionalización se pudo identificar la existencia de cuatro tipos de actores que aparecieron de forma distinta en las tres Universidades: los profesores formados en instituciones que seguían el enfoque estadounidense; los profesores formados en instituciones que seguían el modelo francés; los actores sociopolíticos regionales y las instituciones internacionales.

El primer grupo de actores tuvo en general, una mayor claridad sobre el cambio del concepto de medicina preventiva y la necesidad de implementarlo en la formación de los estudiantes de medicina. De allí que este grupo haya sido el responsable directo de lograr la creación de cada uno de los departamentos de medicina preventiva y que ésta se institucionalizada. Esto se pudo dar gracias a que sus intereses giraban en torno a la implementación de los conceptos y las innovaciones metodológicas aprendidas, para con ello obtener un mayor reconocimiento local y nacional; adicionalmente con esto, ellos podrían aumentar sus recursos, pues gracias a este reconocimiento,

instituciones locales (como secretarías de salud) o internacionales (como la fundación Rockefeller, entre otras), darían contratos y financiarían proyectos, aumentando su capital económico.

Este grupo es diferente en cada Universidad. En la del Cauca estuvo conformado por profesores de la Universidad de Antioquia, que se formaron en una mezcla del modelo francés y estadounidense, pero que buscaban estar al día con los cambios en educación médica. En medicina preventiva, se dio una transmisión indirecta del modelo estadounidense, ya que el profesor Guillermo Restrepo era discípulo de Héctor Abad Gómez, quien a su vez había estudiado salud pública en Estados Unidos, por tanto tenía la visión de la nueva medicina preventiva y salud pública.

En la Universidad del Valle este grupo de profesores sí tuvieron una instrucción directa en el modelo, ya que fueron a estudiar postgrados en Estados Unidos, a pesar de haber sido formados en pregrado en el modelo francés. La Universidad de Caldas tuvo dos tipos de profesores en este grupo, por una parte, algunos de sus profesores se formaron en Universidades extranjeras que seguían el modelo flexneriano, mientras que otros estudiaron en la Universidad de Antioquia y del Valle, lo cual motivó a que existieran cambios en la orientación, aumentando más el enfoque administrativo en algunos casos, pero manteniendo la necesidad de formar a los estudiantes en medicina preventiva y salud pública.

El segundo grupo de actores que intervinieron fueron los profesores formados según el modelo francés y que persistían en este modelo, lo cual dificultaba la implementación e institucionalización de la medicina preventiva. Este grupo buscaba conservar su liderazgo gracias al manejo de sus áreas de conocimientos, y veían como una amenaza el cambio de modelo educativo, que daba mayor prioridad a áreas como las ciencias básicas. Esta situación de tensión se hizo evidente en la Universidad de Cauca, generando problemas que mezclaron también intereses de actores sociopolíticos regionales, lo cual agravó la situación llegando a causar renuncias de profesores. En las otras dos Universidades el problema no fue tan evidente gracias a que este grupo de profesores se fueron preparando y conociendo las ventajas que les implicaría la integración con otras áreas de la medicina, favoreciendo que la medicina preventiva se institucionalizara de forma adecuada.

El tercer grupo, que hace referencia a los actores sociopolíticos regionales; estaba conformado por los personajes público, ya fueran médicos o de otras carreras, que alcanzaron puestos dentro de los sistemas político-administrativos (colegios médicos, secretarías, alcaldías, gobernaciones, senado, ministerios, etc.). A través de estas instancias buscaban el progreso de sus regiones, incluso en el aspecto de la salud y la educación. Esto generó dos tipos de intervenciones, por un lado, quienes apoyaron las nuevas reformas educativas, financiando obras y estableciendo contratos con la facultad de medicina para que desarrollara los programas extramurales. El otro, dificultó los procesos locales de cambio educativo, ya que, por favorecer a los miembros de sus colectividades, atacaban las medidas tomadas por los actores del primer grupo.

Las instituciones internacionales, que conforman el cuarto grupo de actores, tenían intereses de consolidar el cambio hacia el modelo educativo flexneriano porque consideraban que era importante formar profesionales líderes en sus comunidades, que estimularan el desarrollo económico y social local, favoreciendo la producción según el modelo capitalista y el inicio de la fase de “despegue” de la economía colombiana. Estos intereses estaban enmarcados en las políticas gubernamentales de Estados Unidos, que afectaron todas las esferas del país, y a nivel mundial.

Con lo anterior se puede concluir que la llegada del concepto de medicina preventiva de Leavell y Clark a las tres facultades analizadas se dio gracias a las iniciativas de las Universidades nacionales, ya fuera porque sus profesores de medicina se formaran según el modelo estadounidense, o porque, en un esfuerzo mancomunado, se fueron integrando para explorar los nuevos cambios curriculares que se estaban gestando a nivel mundial. El proceso de institucionalización fue diferente en cada una de las facultades estudiadas, principalmente por la presión diferencial de los actores sociales que dificultaron el cambio del modelo de enseñanza médica.

Sin embargo, se puede observar en las tres Universidades, que el proceso se consolidó gracias al desarrollo de los programas extramurales que facilitaron la comprensión y conceptualización de la prevención de factores de riesgo; la integración entre disciplinas y la proyección con la comunidad; elementos importantes de la medicina preventiva.

No obstante, el trabajo tiene más preguntas sin resolver, por ejemplo, develar con mayor claridad el papel de actores políticos en la aceptación de la reforma, la influencia del periodo de crisis gubernamental que vivió el país durante la dictadura, el proceso de institucionalización en las otras cuatro Universidades del país, especialmente en la Universidad de Antioquia, pues llama la atención cómo se fue transformando tan rápidamente hasta conseguir influenciar las demás facultades. Falta un trabajo comparativo que permita analizar en forma profunda los procesos de todas las facultades del país, pues el presente estudio sólo hizo una exploración de cada caso particular y un esbozo comparativo entre los procesos de las tres facultades de medicina estudiadas.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andrade, Jorge (1971) "El proceso de diseño del plan de estudio". *Educación Médica y Salud*, (1): 20-39.
- Andrade, Jorge (1978a) "Marco conceptual de la educación médica en América Latina. Primera parte". *Educación Médica y Salud*, 12(1): 1-19.
- Andrade, Jorge (1978b) "Marco conceptual de la educación médica en América Latina. Segunda Parte". *Educación Médica y Salud*, 12(2): 149-165.
- Andrade, Jorge (1979) "Marco conceptual de la educación médica en América Latina. Cuarta Parte". *Educación Médica y Salud*, 13(1): 1-33.
- Aragón, Arcesio (1925) *Monografía histórica de la Universidad del Cauca*. Popayán, Universidad del Cauca.
- Arizmendi Posada, Ignacio (1989) *Presidentes de Colombia. 1818-1990*. Bogotá, Planeta Colombiana Editorial.
- Asamblea Médica de Caldas (1940) *Memorias de la Semana Médica en Manizales*. Bogotá, Imprenta del departamento - Manizales.
- Ascofame (1959) "Conclusiones y recomendaciones de la XII reunión de decanos de las facultades de medicina de Colombia". *Universitas Médica*, 4(3): 271-276.
- Ascofame (1964) *Medicina y Desarrollo Social: La contribución de la educación médica a la tarea del desarrollo económico-social*. Bogotá, Tercer Mundo Editores - Comité Ejecutivo de Ascofame.
- Ascofame (1968) *Recursos humanos para la salud y la educación médica en Colombia. Conferencia Nacional*. Bogotá, Editorial Tercer Mundo - ASCOFAME.
- Ascofame (1974) *Seminario sobre objetivos de la educación médica para una medicina de la comunidad*. Villa de Leyva, Ascofame.
- Autores Varios (1957) *Seminario sobre la enseñanza de la medicina preventiva*. Publicación Científica No. 28. Washington, OPS/OMS.
- Autores Varios (1968) Carta de Punta del Este, 1961. En: Fepafem. *Primera conferencia general de educación médica*. Fepafem. Bogotá, Asociación Colombiana de Facultades de Medicina: 48-55.
- Autores Varios (1994) *Apuntes históricos. Facultad de medicina de la Universidad de Caldas*. Manizales, Universidad de Caldas.
- Belmartino, Susana & Bloch, Carlos (1994) *El sector salud en Argentina. Actores, conflictos de interés y modelos organizativos, 1980-1985*. Publicación número 40. Buenos Aires, Organización Panamericana de la Salud.
- Birn, Anne-Emanuelle (2000) "Wa(i)ves of Influence: Rockefeller Public Health in Mexico, 1920-1950". *Studies of History and Philosophy of Biology & Biomedical Sciences*, 31(3): 381-395.
- Bourdieu, Pierre (1990) *Sociología y Cultura*. México, Consejo Nacional para la Cultura y las Artes/Grijalbo.

- Bourdieu, Pierre (2000) [1997]. Los usos sociales de la ciencia. Para una sociología clínica del campo científico. En: Pierre Bourdieu. *Los usos sociales de la ciencia*. Buenos Aires, Ediciones Nueva Visión: 59-140.
- Bourdieu, Pierre (2003) *El oficio del científico*. Barcelona, Editorial Anagrama.
- Buitrago, Carlos Ivan (1980) "Enrique Mejía Ruiz. Oración fúnebre". *Medicina de Caldas*, 2(6): 65-67.
- Calle, Miguel María (1953) "Historia de la facultad de medicina y obra de sus grandes maestros". *Universidad de Antioquia*, (112), Junio: 635-647.
- Ceitlin, Julio (1980) Bases conceptuales y desarrollo histórico del programa de enseñanza de medicina de la comunidad. En: Julio Ceitlin. 5-44.
- Colombia. Ministerio de Educación (1931) *Informe del Ministro Abel Carbonel al Congreso Nacional de 1931*. Bogotá, Imprenta Nacional.
- Consejo Consultivo de la facultad de medicina UCaldas (1960) *Resolución No. 4 de junio de 1960*. 3. Manizales. Archivo Histórico, Facultad de medicina. Archivo Central de la Universidad.
- Consejo Consultivo de la facultad de medicina UCaldas (1961) *Resolución No. 16 de octubre de 1961*. 3. Manizales. Archivo Histórico, Facultad de medicina. Archivo Central de la Universidad.
- Consejo Consultivo de la facultad de medicina UCaldas (1962a) *Resolución No. 2 de febrero de 1962*. 1. Manizales. Archivo Histórico, Facultad de medicina. Archivo Central de la Universidad.
- Consejo Consultivo de la facultad de medicina UCaldas (1962b) *Resolución No. 8 de mayo de 1962*. 1. Manizales. Archivo Histórico, Facultad de medicina. Archivo Central de la Universidad.
- Consejo Consultivo de la facultad de medicina UCaldas (1964a) *Acta No. 11 del Consejo Consultivo del 26 de mayo de 1964*. 1. Manizales. Archivo Histórico, Facultad de medicina. Archivo Central de la Universidad.
- Consejo Consultivo de la facultad de medicina UCaldas (1964b) *Acta No. 17 del Consejo Consultivo del 12 de agosto de 1964*. 1. Manizales. Archivo Histórico, Facultad de medicina. Archivo Central de la Universidad.
- Consejo Consultivo de la facultad de medicina UCaldas (1964c) *Acta No. 21 del Consejo Consultivo del 30 de septiembre de 1964*. 2. Manizales. Archivo Histórico, Facultad de medicina. Archivo Central de la Universidad.
- Consejo Consultivo de la facultad de medicina UCaldas (1964d) *Acta No. 27 del Consejo Consultivo del 5 de noviembre de 1964*. 2. Manizales. Archivo Histórico, Facultad de medicina. Archivo Central de la Universidad.
- Consejo Consultivo Facultad de medicina Unicauca (1958a) *Actas No. 63 y 64 del Consejo Consultivo del 10 y 11 de junio de 1958*. 5. Popayán. Documentos de la facultad de medicina. Archivo Histórico.
- Consejo Consultivo Facultad de medicina Unicauca (1958b) *Moción No. 1. Acta No. 81 del Consejo Consultivo del 22 de diciembre de 1958*. 2. Popayán. Documentos de la facultad de medicina. Archivo Histórico.

- Consejo Consultivo Facultad de medicina Unicauca (1958c) *Resolución No. 3 del 13 de febrero de 1958*. 2. Popayán. Documentos de la facultad de medicina. Archivo Histórico.
- Consejo Consultivo Facultad de medicina Unicauca (1959a) *Acta No. 6 del Consejo Consultivo del 6 de febrero de 1959*. 3. Popayán. Documentos de la facultad de medicina. Archivo Histórico.
- Consejo Consultivo Facultad de medicina Unicauca (1959b) *Proposición No.1. Acta No. 16 del Consejo Consultivo del 18 de julio de 1959*. 3. Popayán. Documentos de la facultad de medicina. Archivo Histórico.
- Consejo Consultivo Facultad de medicina Unicauca (1960a) *Acta No. 2 del Consejo Consultivo del 19 de diciembre de 1960*. 2. Popayán. Documentos de la facultad de medicina. Archivo Histórico.
- Consejo Consultivo Facultad de medicina Unicauca (1960b) *Acta No. 43 del Consejo Consultivo del 20 de junio de 1960*. 2. Popayán. Documentos de la facultad de medicina. Archivo Histórico.
- Consejo Consultivo Facultad de medicina Unicauca (1961) *Acta No. 3 del Consejo Consultivo del 24 de enero de 1961*. 8. Popayán. Documentos de la facultad de medicina. Archivo Histórico.
- Consejo Consultivo Facultad de medicina Unicauca (1962) *Acta No. 32 del Consejo Consultivo del 11 de junio de 1962*. 8. Popayán. Documentos de la facultad de medicina. Archivo Histórico.
- Consejo Consultivo Facultad de medicina Unicauca (1963a) *Acta No. 14 del Consejo Consultivo del 13 de agosto de 1963*. 5. Popayán. Documentos de la facultad de medicina. Archivo Histórico.
- Consejo Consultivo Facultad de medicina Unicauca (1963b) *Acta No. 17 del Consejo Consultivo del 24 de octubre de 1963*. 4. Popayán. Documentos de la facultad de medicina. Archivo Histórico.
- Consejo Consultivo Facultad de medicina Unicauca (1963c) *Acta No. 18 del Consejo Consultivo del 21 de diciembre de 1963*. 6. Popayán. Documentos de la facultad de medicina. Archivo Histórico.
- Consejo Consultivo Facultad de medicina Unicauca (1964) *Acta No. 1 y 2 del Consejo Consultivo del 17 y 20 de febrero de 1964*. 4. Popayán. Documentos de la facultad de medicina. Archivo Histórico.
- Consejo Consultivo Facultad de medicina Unicauca (1965) *Acta No. 1 del Consejo Consultivo del 19 de enero de 1965*. 3. Popayán. Documentos de la facultad de medicina. Archivo Histórico.
- Consejo Directivo UCaldas (1951) *Resolución del Consejo Directivo del 31 de enero de 1951*. 2. Manizales. Archivo Histórico, Facultad de medicina. Archivo Central de la Universidad.
- Consejo Directivo UCaldas (1952) *Acuerdo No. 2 de abril de 1952*. 5. Manizales. Archivo Histórico, Facultad de medicina. Archivo Central de la Universidad.
- Consejo Directivo UCaldas (1954) *Acuerdo No. 4 del 6 de febrero de 1954*. 42. Manizales. Archivo Histórico, Facultad de medicina. Archivo Central de la Universidad.

- Consejo Directivo UCaldas (1960) *Acuerdo No. 2 de abril de 1960*. 5. Manizales. Archivo Histórico, Facultad de medicina. Archivo Central de la Universidad.
- Consejo Directivo UCaldas (1964) *Resolución No. 15 de mayo de 1964*. 1. Manizales. Archivo Histórico, Facultad de medicina. Archivo Central de la Universidad.
- Desconocido. Facultad de medicina Universidad de Antioquia (1962) *Informe al Decano de la facultad de medicina de la Universidad de Caldas*. 4. Medellín. Archivo Histórico, Facultad de medicina. Archivo Central de la Universidad.
- Duque Hernández, Oscar (1954) "La facultad de medicina de la Universidad de Antioquia y los problemas de la educación medica en Colombia". *Antioquia Médica*, 4(2), Abril: 61-69.
- Echeverri Cardona, Oscar (2006) *Entrevista sobre la historia de la facultad de medicina Univalle*. Laura del Pilar Cadena. Cali, Casette.
- Eisenstadt, Shmuel (1979) Instituciones Sociales. En: Editorial Aguilar. *Enciclopedia Internacional de Ciencias Sociales*. España, Editorial Aguilar. 6: 85-101.
- Erazo, Jose Vicente (2001) *Historia de la primera facultad de medicina de la Universidad del Cauca. 1835-1890*. Encuentro con el pasado. Popayán, Universidad del Cauca.
- Erazo, Jose Vicente (2006) *Entrevista sobre la historia de la facultad de medicina Unicauca*. Laura del Pilar Cadena. Popayán, Casette.
- Eslava, Juan Carlos (1995) La educación médica en el país y la reforma académica de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia en el decenio de los 60. En: Javier Guerrero. *Medicina y salud en la historia de Colombia*. Tunja, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia: 173-186.
- Eslava, Juan Carlos (2004) *Buscando el reconocimiento profesional*. Bogotá, Instituto de Salud Pública, Universidad Nacional.
- Eslava, Juan Carlos & García, Mónica (2003) "Los orígenes del SFHC en la Escuela Colombiana de Medicina: una experiencia innovadora al interior de una nueva institución de educación médica". *Revista de la ECM*, 8(1): 21-37.
- Espinosa de Restrepo, Helena (2006) *Entrevista sobre la historia de la facultad de medicina Univalle*. Laura del Pilar Cadena. Cali, Casette.
- Federación Central de Estudiantes de la Unicauca (1962) *Resolución de la federación del 2 de abril de 1962*. 1. Popayán. Documentos de la facultad de medicina. Archivo Histórico.
- Fee, Elizabeth & Acheson, Roy (1991) *A history of education in public health*. New York, Oxford University.
- Fepafem (1968a) Carta de Punta del Este, 1961. En: Fepafem. *Primera conferencia general de educación médica*. Fepafem. Bogotá, Asociación Colombiana de Facultades de Medicina: 48-55.
- Fepafem (1968b) *Primera conferencia general de educación médica*. Bogotá, Asociación Colombiana de Facultades de Medicina.
- Figueiroa, Silvia Fernanda de Mendonça (1991) Algunas Questões Metodologicas Relativas á História de Instituições Científicas. En: Angel Ruiz Zúñiga. *Ciencia y Tecnología. Estudios del pasado y del futuro*. San José, Costa Rica, Asociación Costarricense de Historia y Filosofía de la Ciencia: 253-270.

- Fishbein, Morris (1949) "La educación médica en America Latina". *Boletín Clínico*, 10(6), Julio: 154-160.
- Flexner, Abraham (1912) [1912] *Medical Education in Europe*. 1st edition. New York, The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching.
- Fundación Milbank Memorial, FMBM (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*, Volumen XLII(1), Enero: 11-66.
- García, Juan Cesar (1972) *La educación medica en la america latina*. Publicacion Cientifica No. 255. Washington, Organización Panamericana de la Salud, OPS.
- García, Juan Cesar (1994) *Pensamiento social en salud en América Latina*. México, Organización Panamerica de Salud, OPS.
- Gobernación de Caldas (1950) *Decreto No. 933 de 1950*. 2. Manizales. Archivos históricos de la Universidad, Facultad de Medicina. Archivo central de la Universidad de Caldas.
- Gómez Arango, Silvio (2006) *Entrevista sobre la historia de la facultad de medicina Ucaldas*. Laura del Pilar Cadena. Manizales.
- González, Francisco (2005) *Conjuro y hospitales. Historia Social de la Medicina en Caldas*. Premio de Historia Regional. Concurso de literatura. Caldas 100 años. Manizales, Gobernación de Caldas.
- Grajales Hoyos, Octavio (2006) *Entrevista sobre la historia de la facultad de medicina Ucaldas*. Laura del Pilar Cadena. Manizales, Casette.
- Henao Mejía, Braulio; Aparicio, Arturo; Duque, Alberto; Acosta, José del Carmen; Pianeta Muñoz, Moisés & Robledo, Marco (1950) "Recomendaciones de la conferencia de decanos de las facultades de medicina, reunida en Medellín el mes de abril de 1950". *Boletín clínico*, 10(12), Abril: 355-362.
- Henao, Oscar (1996) *Crónica de la Escuela de Salud Pública de la Universidad del Valle*. Lecturas escogidas No. 13. Cali, Escuela de Salud Pública, Universidad del Valle.
- Henao Toro, Rafael (1984) *Apuntes sobre la historia de la Medicina en Manizales*. Manizales, Biblioteca de escritores caldenses.
- Henao Wiles, Myriam (1990) Organización e institucionalización de la ciencia y la tecnología en Colombia. En: DNP Misión de ciencia y tecnología. MEN, FONADE. *Estructura científica, desarrollo tecnológico y entorno social*. Bogotá, Universidad Nacional de Colombia. Tomo I, Volumen 2.
- Hernandez, Mario (2004) *La fragmentación de la salud en Colombia y Argentina*. Colección Sede. Bogotá, Unibiblios, Universidad Nacional de Colombia.
- Hilleboe, Herman & Larimore, Granville (1965) *Medicina preventiva*. 2a ed. México, Interamericana SA.
- Humphreys, George; Mc.Keen, Cattell; Domínguez, Rafael; Landis, Carney; Lucía, Salvatore; McCune, Donovan & Volppito, Perry (1950) "Informe de la Misión Médica Unitaria a Colombia". *Boletín Clínico*, 10(10), Febrero 10: 271-317.

- Hurtado, Hugo (2006) *Entrevista sobre la historia de la facultad de medicina Univalle*. Laura del Pilar Cadena. Cali, Cassette.
- Jaén, María Helena & Quezada, Tirisis (1986) "Ciencias sociales, medicina preventiva y formación médica, Venezuela". *Educación Médica y Salud*, 20(2): 160-179.
- Laín Entralgo, Pedro (1982 (1978)) *Historia de la Medicina*. Barcelona, Salvat Editores.
- Lapham, Maxwell; Goss, Charles & Berson, Robert (1954) "Un estudio de la educación médica en Colombia, 1953". *Antioquia Médica*, 4(7-8), Noviembre: 478-546.
- Leavell, Hugh Rodman & Clark, E. Gurney (1965) [1953] *Preventive medicine for the doctor in his community*. 3a. Boston, MacGraw Hill.
- MacMahon, Brian; Pugh, T. F. & Ipsen, J. (1975) *Principios y Métodos de Epidemiología*. 2a edición en español. México, La Prensa Médica Mexicana.
- Magnusson, William Lee (2006) *La Reforma Patiño UN 1964-1966. Una experiencia de construcción institucional*. Bogotá, Universidad Nacional.
- Maza Anaya, Edwin (1998) *Facultad de Medicina de la Universidad de Cartagena. Su historia*. Cartagena, Editorial Universidad de Cartagena.
- Medina, Pablo (2006) *Entrevista sobre la historia de la facultad de medicina Univalle*. Laura del Pilar Cadena. Cali, Cassette.
- Mejía Rivera, Orlando (1994) Antecedentes, creación y desarrollo inicial de la facultad de medicina, periodo 1952-59. En: Varios Autores. *Apuntes históricos de la facultad de medicina de la Universidad de Caldas*. Manizales, Universidad de Caldas: 1-21.
- Mejía Ruiz, Enrique (1957) *Programa de cirugía para 1957*. 7. Manizales. Archivo Histórico, Facultad de medicina. Archivo Central de la Universidad.
- Mejía Ruiz, Enrique & Zuloaga Gómez, Julio (1960) Informe de la comisión que, por mandato del Gobierno Departamental y de la Universidad de Caldas, estudió la organización de las Escuelas de Medicina en los Estados Unidos de Norte-América. Manizales, Septiembre de 1951. En: Soffy Pinzón de Zuloaga. *Discursos y Apuntes de Julio Zuloaga Gómez*. Manizales, Editorial Renacimiento: 337-359.
- Meredith Davies, JB (1973) [1966]. History of public health and preventive medicine. En: JB Meredith Davies. *Preventive medicine, communitary health and social service*. London, Bailliere Tindal.
- Ministerio de Educación Nacional (1951) *Resolución No. 2655 de 1951*. 2. Bogotá. Archivos históricos de la Universidad, Facultad de Medicina. Archivo central de la Universidad de Caldas.
- Ministerio de Educación Nacional (1957) *Resolución No. 1885 del 31 de mayo de 1957*. 1. Bogotá. Archivos históricos de la Universidad, Facultad de Medicina. Archivo central de la Universidad del Cauca.
- Miranda, Néstor; Quevedo, Emilio & Hernandez, Mario (1993) *Medicina (2). La institucionalización de la medicina en Colombia*. VIII. Historia social de la ciencia en Colombia. Bogotá, Colciencias.
- Molina, Gustavo (1957) "La medicina preventiva en la educación medica". *Boletín de la Organización Sanitaria Panamericana*, 36(5), Mayo: 442-453.
- Molina, Gustavo (1967) "Evaluación de la enseñanza de la medicina preventiva y social integrada en las clínicas". *Educación Médica y Salud*: 67-81.

- Molina, Gustavo (1977) *Introducción a la Salud pública*. Medellín, Universidad de Antioquia.
- Montoya Jaramillo, Humberto (2006) *Entrevista sobre la historia de la facultad de medicina Ucaldas*. Laura del Pilar Cadena. Manizales, cassette.
- Moreno, Álvaro & Ramírez, José Ernesto (2003) *Introducción elemental a la obra de Pierre Bourdieu*. Bogotá, Panamericana Formas e Impresos.
- Moulin, Ane Marie (1995) The Pasteur Institutes between the two world wars. The transformation of the international sanitary order. En: Paul Weindling. *International Health Organisations and Movements, 1918-1939*. Cambridge, Cambridge University Press: 244-265.
- Muñoz, Edgar (1973) "Modelos utilizados en la enseñanza de la medicina preventiva y social". *Educación Médica y Salud*, 7(2): 125-134.
- Ocampo, José Antonio (1984) El surgimiento del intervencionismo moderno. En: *Historia Económica de Colombia*. Bogotá, Siglo XXI Editores.
- Ocampo Londoño, Alfonso (2006) *Entrevista sobre la historia de la facultad de medicina Univalle*. Laura del Pilar Cadena. Cali, Casette.
- OPS/OMS (1957) *Seminario sobre la enseñanza de la medicina preventiva*. Publicación Científica No. 28. Washington, OPS/OMS.
- OPS/OMS (1969) *Primera reunión para la enseñanza de la medicina preventiva y social en las escuelas de medicina de la América Latina*. Desarrollo de Recursos Humanos No. 6. Washington, OPS/OMS.
- OPS/OMS, Comité de expertos de la (1974) *Segunda reunión del comité del programa de libros de texto para la enseñanza de la medicina preventiva y social en las escuelas de medicina de la América Latina*. Desarrollo de Recursos humanos en salud. Washington, OPS/OMS.
- Ordoñez, Luis Aurelio (2006) *Charlas sobre la Universidad del Valle*. Laura del Pilar Cadena. Cali.
- Organización Mundial de la Salud (1962) *Requisitos mínimos internacionalmente admisibles para la enseñanza de la medicina*. Informe técnico No. 239. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud (1964) *Medios de estimular el interés del médico por la medicina preventiva*. Informes técnicos No. 269. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- Orozco, Guillermo (1984a) *450 años de la medicina en Cali*. Cali.
- Orozco, Guillermo (1984b) *La escuela de medicina y su universidad*. Cali, Universidad del Valle.
- Paz Otero, Gerardo (1961a) *Carta del Representante del Colegio Médico del Cauca del 13 de febrero de 1961*. 2. Popayán. Documentos de la facultad de medicina. Archivo Histórico.
- Paz Otero, Gerardo (1961b) *Carta del Representante del Colegio Médico del Cauca del 28 de enero de 1961*. 2. Popayán. Documentos de la facultad de medicina. Archivo Histórico.
- Paz Otero, Gerardo (1961) *Los fueros del Hospital*. El liberal. 6.

- Perafán, Julio Cesar (2006) *Entrevista sobre la historia de la facultad de medicina Unicauca*. Laura del Pilar Cadena. Popayán, Cassete.
- Pickett, George (1977) "Las tres fases de la medicina preventiva en Estados Unidos de América". *Boletín de la Organización Sanitaria Panamericana*, 82(5): 397-407.
- Quevedo, Emilio (1993) *Medicina (I). Institucionalización de la medicina en Colombia 1492-1860*. VII. Historia social de la ciencia en Colombia. Bogotá, Colciencias.
- Quevedo, Emilio (2004) "Cuando la higiene se volvió pública". *Revista de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Colombia*, 52: 83-90.
- Quevedo, 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. *Facing Illness in Troubled Times. Health in Europe in the Interwar Years*. Frankfurt am Main, Peter Lang. Europäischer Verlag der Wissenschaften: 365-408.
- Quevedo, Emilio; Borda, Catalina; Eslava, Juan Carlos; García, Claudia Mónica; Guzman, María del Pilar; Mejía, Paola & Noguera, Carlos Ernesto (2004) *Café y gusanos, mosquitos y petróleo*. Bogotá, Instituto de Salud Pública, Universidad Nacional.
- Quevedo, Emilio & Duque, Camilo (2002) *La Cátedra de Medicina, 1653-1865*. Cuadernos de Historia del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario. Bogotá, Universidad del Rosario.
- Quevedo, Emilio & Hernández, Mario (1994) La articulación del conocimiento básico biológico y social en la formación del profesional de la salud: una mirada desde la historia. En: María Isabel Rodríguez. *Lo biológico y lo social. Su articulación en la formación del personal de salud*. Washington, OPS/OMS. Serie desarrollo de recursos humanos No. 101: 13-34.
- Quevedo, Emilio; Hernandez, Mario; Miranda, Néstor; Mariño, Consuelo; Cárdenas, Hugo & Wiesner, Carolina (1990) *La salud en Colombia. Análisis socio-histórico*. Bogotá, Ministerio de Salud.
- Quintero, Jorge Eliecer (1998) Bibliografía y fuentes para la historia de la educación y de los colegios y universidades colombianas fundadas en el siglo XIX. La Universidad del Cauca (1827). En: Diana Soto Arango. *Historia de las universidades colombianas*. Tunja, UPTC. Tomo I: 87-96.
- Raad Aljure, Jorge (2006) *Entrevista sobre la historia de la facultad de medicina Ucaldas*. Laura del Pilar Cadena. Manizales, Cassete.
- Renjifo Salcedo, Santiago (1959) "Enseñanza de medicina preventiva y salud pública en la facultad de medicina de la Universidad del Valle, Cali, Colombia". *Boletín de la Organización Sanitaria Panamericana*, 47(5): 401-411.
- Restrepo Cuartas, Jaime (1984) *Ensayo sobre la historia de la medicina en Antioquia*. Medellín, Universidad de Antioquia & Asociación Médica de Antioquia.
- Rissetto de Restrepo, Vilma (2006) *Entrevista sobre la historia de la facultad de medicina Univalle*. Laura del Pilar Cadena. Cali, Cassete.
- Rizo Otero, Harold José (1999) *Apuntes para la historia regional del Valle del Cauca*. Cali, Corporación Universitaria Autónoma de Occidente.

- Robledo, Emilio *Geografía médica y nosología del Departamento de Caldas*. Medellín.
- Robledo, Emilio (1953) "Antecedentes históricos de la Universidad de Antioquia". *Universidad de Antioquia*, (112), Junio: 621-633.
- Rosen, George (1985) ¿Que es la medicina social? Un análisis genético del concepto. En: George Rosen. *De la policía médica a la medicina social*. México, Siglo XXI: 77-136.
- Rosen, George (1993 [1958]) *A History of Public Health. Expanded edition*. . Baltimore and London, The Johns Hopkins University Press.
- Rosenau, Milton (1917) *Preventive medicina and Hygiene*. New York, D. Apleton and Company.
- Sáenz Rovner, Eduardo (2001) "La Misión del Banco Mundial en Colombia, el Gobierno de Laureano Gómez (1950-1951) y la Asociación Nacional de Industriales (ANDI)". *Cuadernos de Economía*, XX(35): 245-265.
- Sarmiento, Juan Ignacio (2001) *Historia de la medicina preventiva y la salud pública en la facultad de medicina de la Universidad de Antioquia*, Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública - UDEA.
- Selznick, Philip (1996) "Institutionalism "old" and "new"". *Administrative Science Quarterly*, 41: 270-277.
- Serna de Londoño, Cecilia (1984) *Anotaciones sobre la historia de la medicina en Antioquia*. Medellín, Universidad de Antioquia.
- Sigerist, Henry (1955) *The historical approach to medicine*. 1. A history of medicine. New York, Oxford University Press.
- Situ Delle Donne, Carlos Alberto (1988) *La relación entre el estado, la salud y la ayuda externa en la creación de la facultad de medicina de la Universidad del Valle*. Facultad de Sociología y Ciencias Económicas. Cali, Universidad del Valle. Sociologo.
- Soto Arango, Diana (1998) *Historiografía y Fuentes*. Historia de la universidad colombiana. Tomo I. Tunja, UPTC.
- Stieglitz, Edward (1945) *A future for preventive medicine*. # 4 The Commonwealth Fund. The Commonwealth Fund. London, Humphrey Milford & Oxford University Press.
- Sussmann, Pedro (2006) *Entrevista sobre la historia de la facultad de medicina Unicauca*. Laura del Pilar Cadena. Popayán, Cassette.
- Tamames, Ramón (1982) El Plan Marshall. La recuperación económica de Europa Occidental. En: Juan Manuel Prado. *Historia ilustrada del siglo XX*. Bogotá, Círculo de lectores. 4: 25-36.
- Tapia Juayek, Rodolfo; De la Garza, María Alejandra & Carrillo Farga, Ana María (1986) "Aspectos preventivos y sociales en la carrera de medicina, México". *Educación Médica y Salud*, 20(2): 203-214.
- Téllez Iregui, Gustavo (2002) *Pierre Bourdieu. Conceptos básicos y construcción socioeducativa*. Bogotá, Universidad Pedagógica Nacional.
- Tirado Mejía, Alvaro (1989a) *Nueva Historia de Colombia-I Historia Política 1886-1946*. Bogotá, Planeta.

- Tirado Mejía, Alvaro (1989b) *Nueva Historia de Colombia-II Historia Política 1946-1986*. Bogotá, Planeta.
- Unicauca, Consejo Consultivo. Facultad de medicina (1956) *Actas del Consejo Consultivo entre el 14 de junio y el 5 de julio de 1956*. 10. Popayán. Documentos de la facultad de medicina. Archivo Histórico.
- Unicauca, Consejo Directivo (1947a) *Acta del Consejo Directivo del 5 de agosto de 1947*. Uno. Popayán. Documentos de la facultad de medicina. Archivo Histórico.
- Unicauca, Consejo Directivo (1947b) *Acta del Consejo Directivo del 25 de Octubre de 1947*. Nueve. Popayán. Documentos de la facultad de medicina. Archivo Histórico.
- Unicauca, Consejo Directivo (1949) *Acta del Consejo Directivo del 10 de agosto de 1949*. Cinco. Popayán. Documentos de la facultad de medicina. Archivo Histórico.
- Unicauca, Consejo Directivo (1950) *Acta del Consejo Directivo del 15 de mayo de 1950*. Seis. Popayán. Documentos de la facultad de medicina. Archivo Histórico.
- Unicauca, Consejo Directivo (1951a) *Acta del Consejo Directivo del 14 de febrero de 1951*. 4. Popayán. Documentos de la facultad de medicina. Archivo Histórico.
- Unicauca, Consejo Directivo (1951b) *Acta del Consejo Directivo del 21 y 22 de agosto de 1951*. 2. Popayán. Documentos de la facultad de medicina. Archivo Histórico.
- Unicauca, Consejo Directivo (1952) *Acta del Consejo Directivo del 5 de agosto de 1952*. 5. Popayán. Documentos de la facultad de medicina. Archivo Histórico.
- Unicauca, Consejo Directivo (1953) *Acta del Consejo Directivo del 16 de febrero de 1953*. 2. Popayán. Documentos de la facultad de medicina. Archivo Histórico.
- Unicauca, Consejo Directivo (1954) *Acta del Consejo Directivo del 14 de julio de 1954*. 6. Popayán. Documentos de la facultad de medicina. Archivo Histórico.
- Unicauca, Consejo Directivo (1956a) *Acta del Consejo Directivo del 16 de febrero de 1956*. 2. Popayán. Documentos de la facultad de medicina. Archivo Histórico.
- Unicauca, Consejo Directivo (1956b) *Acta del Consejo Directivo del 18 de septiembre de 1956*. 6. Popayán. Documentos de la facultad de medicina. Archivo Histórico.
- Unicauca, Consejo Directivo (1957a) *Acta del Consejo Directivo del 9 de enero de 1957*. 6. Popayán. Documentos de la facultad de medicina. Archivo Histórico.
- Unicauca, Consejo Directivo (1957b) *Acta No. 27 del Consejo Directivo del 9 de septiembre de 1957*. 4. Popayán. Documentos de la facultad de medicina. Archivo Histórico.
- Unicauca, Consejo Directivo (1957c) *Acta No. 29 del Consejo Directivo del 17 de septiembre de 1957*. 3. Popayán. Documentos de la facultad de medicina. Archivo Histórico.
- Unicauca, Consejo Directivo (1959) *Acuerdo No. 4 del Consejo Directivo del 2 de junio de 1959*. 1. Popayán. Documentos de la facultad de medicina. Archivo Histórico.
- Unicauca, Consejo Directivo (1960a) *Acta No. 1 del Consejo Directivo del 17 de febrero de 1960*. 4. Popayán. Documentos de la facultad de medicina. Archivo Histórico.
- Unicauca, Consejo Directivo (1960b) *Acta No. 14 del Consejo Directivo del 24 de noviembre de 1960*. 2. Popayán. Documentos de la facultad de medicina. Archivo Histórico.

- Unicauca, Consejo Directivo (1961) *Acta No. 48 del Consejo Directivo del 2 de noviembre de 1961*. 5. Popayán. Documentos de la facultad de medicina. Archivo Histórico.
- Universidad de Antioquia & Fondo Universitario Nacional (1959) *Segundo Seminario de Educación Médica Colombiana-Recomendaciones*. Medellín, Editorial Universidad de Antioquia.
- Universidad del Valle (1957) *Primer Seminario de Educación Médica en Colombia. Desarrollo general y conclusiones de las secciones, ponencias, discusiones y recomendaciones de la Comisión de Decanos*. Universidad del Valle. Cali.
- Universidad del Valle & Fondo Universitario Nacional (1955) *Primer Seminario de Educación Médica en Colombia. Ponencias, discusiones y recomendaciones de la Comisión de Medicina Preventiva y Salud Pública*. Calí, Universidad del Valle.
- Uribe, Maria Teresa (1998) *Universidad de Antioquia: Historia y presente*. Medellín, Universidad de Antioquia.
- Valencia, Albeiro & Gómez, Alberto (1994) *Evolución histórica de la Universidad de Caldas*. Manizales, Universidad de Caldas.
- Valencia, Albeiro & Valencia, Carlos Hernando (1998) *La Universidad de Caldas. Historiografía y fuentes*. En: Diana Soto Arango. *Historiografía y fuentes*. Tunja, UPTC. Tomo I: 139-146.
- Valencia Llano, Alonso (1988) *Estado soberano del Cauca*. Colección Banco de la República. Bogotá, Banco de la República.
- Velázquez Palau, Gabriel (1954) "Planeamiento y organización de la Escuela de Medicina de Cali". *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 36(4), Marzo: 573-583.
- Vélez Escobar, Ignacio (1950) "Reforma de la enseñanza médica en nuestra Facultad". *Boletín Clínico*, 10(11), Marzo: 335-353.
- Vélez Escobar, Ignacio (2005) *La facultad de medicina de la Universidad de Antioquia, 1935-1963*. Medellín, Universidad de Antioquia.
- Vergara, Leider (2006) *Entrevista sobre la historia de la facultad de medicina Unicauca*. Laura del Pilar Cadena. Popayán, Cassette.
- Vicaría de Pastoral Social (1982) *La nueva sociedad*. Medellín, Producciones EL.