

**LOS PROFESIONALES MÉDICOS EN CARTAGENA 1908-1962  
UN MODELO ESTATAL, CENTRALIZADO, ANATOMOCLÍNICO E  
INDIVIDUAL**

**RITA MAGOLA SIERRA MERLANO**

**UNIVERSIDAD DE NARIÑO  
DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN  
RUDECOLOMBIA  
SAN JUAN DE PASTO  
2009**

**LOS PROFESIONALES MÉDICOS EN CARTAGENA 1908-1962  
UN MODELO ESTATAL, CENTRALIZADO, ANATOMOCLÍNICO E  
INDIVIDUAL**

**RITA MAGOLA SIERRA MERLANO  
TESIS DOCTORAL**

**DIRECTOR DE TESIS  
EMILIO QUEVEDO VÉLEZ Ph.D**

**UNIVERSIDAD DE NARIÑO  
DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN  
RUDECOLOMBIA  
SAN JUAN DE PASTO  
2009**

Tesis doctoral

Los profesionales médicos en Cartagena 1908-1962  
Un Modelo estatal, centralizado, anatomoclínico e individual

Autora

Rita Magola Sierra Merlano.

Profesora Universidad de Cartagena.

Doctorado en Ciencias de la Educación.

Red de Universidades de Colombia. RUDECOLOMBIA

Director de tesis

Dr. Emilio Quevedo Vélez. PhD.

Profesor Titular de Carrera

Director Grupo de Estudios Sociales de las Ciencias, las Tecnologías y las Profesiones

Línea: Estudios sociales de las profesiones y de la educación profesional

Escuela de Medicina y Ciencias Médicas

Universidad del Rosario. Bogotá. Colombia

Bogotá, Noviembre 12 de 2009

“Una historia es posible por sus fuentes y por las conceptualizaciones que permiten reescribir el complejo tejido soporte de la fuente”.

(Zuluaga de Echeverry, 1987: 11)

“Si la Medicina debe ser renovada, a los médicos les corresponde hacerlo, para riesgo y honor suyos.” (Canguilhem, 1978b: 12)

“No hay nada nuevo bajo el sol”.

Eclesiastés I, 9

“No se enseña lo que no se sabe, No se ve lo que no se conoce”

Quevedo Vélez Emilio.

## AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Emilio Quevedo Vélez, por su apoyo y enseñanzas.

A Abel Martínez, por ocuparse de mí. Con mis hijos hacen más feliz y divertida mi vida.

A Diana Soto Arango y Diana Lago Carazo, por hacer del Doctorado en Ciencias de la Educación, RUDECOLOMBIA, una realidad de calidad para las universidades regionales de Colombia.

A Ricardo González Leandri, por su aporte intelectual y generosidad. Sin ellos hubiese sido imposible consolidar la propuesta teórica de esta tesis.

Al Dr. Juan Marchena Fernández, por su generosidad incondicional.

A las Dras. Dora Piñeres De La Ossa y María Teresa Álvarez por sus consejos.

A mi familia por todo.

A las personas que contribuyeron con información o documentos de sus archivos personales para la conformación de esta tesis.

Al personal de:

La Biblioteca de Ciencias de la Salud y la secretaría Académica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Cartagena.

El Archivo Histórico de Cartagena.

El Fondo Posada de la UPTC de Tunja, por su colaboración.

A mis profesores, en especial al Dr. Fernando Chalém Benatar (q.e.p.d).

## RECONOCIMIENTOS

A la Universidad de Cartagena por la comisión de estudios.

A la Universidad Pablo de Olavide, en Sevilla (España), por la beca para la Pasantía internacional.

A la UPTC. Coordinación Académica de RUDECOLOMBIA en Tunja (Colombia) por la Pasantía nacional.

A la Biblioteca del Banco de la República, en todas sus secciones y servicios en Cartagena y Bogotá: Catálogo virtual, Consulta en Sala, en especial a la sección “Colección libros raros y manuscritos”.

A la Biblioteca Nacional de Colombia, en Bogotá.

A COLCIENCIAS por la ayuda económica de la Convocatoria movilidad de investigadores 2005-2006.

## ARCHIVOS Y SIGLAS USADAS PARA CITARLOS

### EN CARTAGENA:

Archivo Histórico de Cartagena: AHC

Facultad de Medicina de la Universidad de Cartagena: FM-UC.

Archivo General de Universidad de Cartagena: AG-UC.

Biblioteca de Salud de la Universidad de Cartagena: BS-UC.

Biblioteca de la Academia de Medicina de Cartagena: BAMC.

Fototeca Histórica de Cartagena: FHC.

Biblioteca del Banco de la República Cartagena: BBR

### EN BOGOTÁ:

Archivo General de la Universidad Nacional de Colombia: AG-UN.

Archivo de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional: AFM-UN.

Biblioteca Nacional de Colombia: BNC.

Biblioteca del Banco de la República de Bogotá: BBR

Biblioteca de la Academia Nacional de Medicina: BANM.

### EN TUNJA:

Fondo Posada, de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia: Fondo Posada-UPTC.

Biblioteca del Museo de Historia de la Medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia: BMHM-UPTC.

### EN MEDELLÍN:

Red de Bibliotecas de la Universidad de Antioquia: RBUA.

### ARCHIVOS Y BIBLIOTECAS PERSONALES.

## TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	12
APORTES DE LA CANDIDATA.....	18
1. LA MEDICINA HEGEMÓNICA DEL SIGLO XX .....	21
1. 1. LA MEDICINA EUROPEA EN EL TRÁNSITO DEL SIGLO XVIII AL XIX	22
1. 2. LA MEDICINA NORTEAMERICANA EN LA PRIMERA MITAD DEL SIGLO XX	23
2. ESTADO DEL ARTE DE LA HISTORIA DE LOS ESTUDIOS MÉDICOS EN COLOMBIA .....	26
2. 1. HISTORIA DE LOS ESTUDIOS MÉDICOS EN CARTAGENA	27
2. 2. HISTORIA DE LOS ESTUDIOS MÉDICOS EN COLOMBIA	29
2. 3. HISTORIA DE LA UNIVERSIDAD DE CARTAGENA EN EL SIGLO XX	30
2. 4. HISTORIA DE LA MEDICINA EN CARTAGENA A FINALES DEL SIGLO XIX Y SIGLO XX	31
2. 5. HISTORIA DE LA MEDICINA EN COLOMBIA EN EL SIGLO XX	32
3. MARCO TEÓRICO.....	34
3. 1. HISTORIA DE LAS PROFESIONES	35
3. 2. ANÁLISIS HISTÓRICO DE LOS DISCURSOS MÉDICOS	38
3. 3. ¿FORMACIÓN, EDUCACIÓN O ENSEÑANZA? DE LA MEDICINA COMO PROFESIÓN	46
4. MÉTODOS Y OBJETIVOS .....	52
4. 1. EL PROBLEMA	52
4. 2. PLANTEAMIENTO DE LA PREGUNTA	53
4. 3. PREGUNTAS SECUNDARIAS	54
4. 4. OBJETIVOS	54



4. 5. METODOLOGÍAS	56
5. ARCHIVOS Y FUENTES.....	59
5. 1. ARCHIVOS Y SIGLAS QUE SE USARAN PARA CITARLOS	60
6. SISTEMATIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN Y CITACIÓN BIBLIOGRÁFICA	61
CAPÍTULO 1	62
LA REORGANIZACIÓN DE LA FMCN DE LA UNIVERSIDAD DE BOLÍVAR	62
1. DEL COLEGIO FERNÁNDEZ MADRID A LA UNIVERSIDAD DE BOLÍVAR.	62
2. LA SMCNB, LA PCRC Y LA NUEVA FACULTAD DE MEDICINA .....	74
3. CONCLUSIÓN .....	85
CAPÍTULO 2	86
LA FMCN-C UN MODELO ESTATAL CENTRALISTA	86
1. LA FMCN-C, SIGUIENDO A LA FMCN DE BOGOTÁ.....	86
1. 1. PRIMER PLAN DE ESTUDIOS DE LA FMCN DE LA UNIVERSIDAD DE BOLÍVAR	87
1. 2. LA ESCUELA TROPICAL DE BOLÍVAR	91
1. 3. LOS LABORATORIOS Y LA BIBLIOTECA EN LA FMCN-C	95
1. 3. LOS ESTUDIOS PRÁCTICOS EN EL HOSPITAL DE CARIDAD	98
2. DEL HOSPITAL DE CARIDAD Y EL HOSPITAL DE SANGRE, AL HOSPITAL SANTA CLARA.....	100
2. 1. EL HOSPITAL DE CARIDAD	100
2. 2. NOTICIAS DE UN “HOSPITAL MODERNO”	103
2. 3. EL CONTROL MÉDICO DEL HOSPITAL DE CARIDAD DE CARTAGENA	107
3. EL FANTASMA DE LA CENTRALIZACIÓN .....	113
4. CONCLUSIÓN .....	131
CAPITULO 3	132

EL CAMBIO DE MODELO MÉDICO HEGEMÓNICO	132
1. LA RESISTENCIA AL CAMBIO DEL PENSAMIENTO HEGEMÓNICO EUROPEO .....	132
1. 1. CAMBIOS EDUCATIVOS EN UN AMBIENTE DE RECESIÓN ECONÓMICA	132
1. 2. LA MISIÓN FRANCESA VISITA LA UNIVERSIDAD NACIONAL EN BOGOTÁ	134
1. 3. EL PLAN DE ESTUDIOS MÉDICOS DE OLAYA HERRERA	136
1. 4. LA FMCN-C: DEL HSC A LA ATENCIÓN PRIVADA	136
1. 5. ¿LA ÚLTIMA MISIÓN MÉDICA FRANCESA?	138
2. EL COMIENZO DE LA TRANSFORMACIÓN DESDE LA PROVINCIA.....	139
2. 1. LOS MÉDICOS CARTAGENEROS BUSCAN ESPECIALIZARSE	143
3. LA MISIÓN UNITARIA DE 1948 Y LAS PRIMERAS CONFERENCIAS DE DECANOS.....	146
3. 1. LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA	152
4. LA MISIÓN “LAPHAM” DE 1953. EL FERMENTO DE LA MEDICINA PREVENTIVA.....	153
4. 1. LA MISIÓN “LAPHAM” EN CARTAGENA	154
4. 2. REFORMAS Y CAMBIOS: UNA NUEVA ÉLITE EN FMCN-C	157
5. CONCLUSIÓN .....	167
CAPÍTULO 4	168
MEDICINA ANATOMOCLÍNICA, MEDICINA SOCIAL Y MEDICINA PREVENTIVA	168
1. LA MEDICINA Y LA ENSEÑANZA DE LAS CIENCIAS NATURALES A FINES DEL SIGLO XIX .....	168
2. EL DISCURSO ANATOMOCLÍNICO .....	169
3. LA AUSENCIA DE LA HIGIENE PÚBLICA .....	178

4. EL MODELO ETIOLÓGICO: LA TEORÍA DEL GERMEN Y LA TOXICOLOGÍA .....	182
5. EL SERVICIO DE MEDICINA RURAL, MEDICINA SOCIAL Y MEDICINA LABORAL.....	186
6. CONCLUSIÓN.....	190
CAPÍTULO 5	191
LAS MUJERES MÉDICAS A INICIOS DEL SIGLO XX	191
1. MUJERES MÉDICAS EN EL SIGLO XIX.....	191
2. LA PRIMERA MÉDICA DE LA UNIVERSIDAD DE CARTAGENA Y LA SANIDAD DE PUERTOS.....	196
3. LOS INSTRUCCINISTAS Y LOS EDUCACIONISTAS Y EL INGRESO DE LA MUJER A LA UNIVERSIDAD.....	204
4. LA REFORMA LIBERAL Y LAS PRIMERAS MÉDICAS COLOMBIANAS. ...	206
5. MÉDICAS COLOMBIANAS FORMADAS EN LA FACULTAD DE CARTAGENA.....	208
6. CONCLUSIÓN.....	213
CONCLUSIONES GENERALES	214
CONTRIBUCIONES	216
TABLA DE ANEXOS	217
TABLA DE ILUSTRACIONES	218
PRODUCTOS ACADÉMICOS	220
PUBLICACIONES SUBPRODUCTOS DE LA TESIS	220
BIBLLIOGRAFÍA	224

## INTRODUCCIÓN

La Medicina, como construcción social, puede ser estudiada desde múltiples puntos de vista y, de igual forma, se puede problematizar desde diferentes conceptualizaciones y metodologías. Esta investigación parte de la preocupación, expresada por Héctor Abad Gómez y compartida por muchos y desde hace muchas décadas, de que existe una falta de respuesta por parte de los médicos, como profesionales, a la realidad social en la que viven (Abad Gómez, 1964). Dicha falta de respuesta se refiere tanto a las exigencias que el “paciente” (el que sufre o padece) (Gadamer, 2001: 112) tiene como persona individual como al papel que debe desempeñar el médico en las soluciones de los problemas relacionados con la enfermedad y la salud (Viel; Neghme & Díaz, 1964). Igualmente, se refiere a lo que la sociedad espera de ellos como colectivo y al cumplimiento de las expectativas que la misma profesión proclama como propias (González Leándri, 1999). A partir de mi postura como médica-profesora de una Facultad de Medicina desde hace veinte años, considero que una forma de contribuir a la solución de este problema es tratar de comprender cómo se ha enseñado la Medicina a los profesionales de la salud en la Facultad de Medicina de la Universidad de Cartagena.

Al inicio de la investigación se identificó el hecho de que en los médicos graduados en la Facultad de Medicina de la Universidad de Cartagena prevaleció el componente clínico, orientado al servicio individual, sin un componente significativo ni de Medicina Social, ni de Salud Pública, ni científico experimental. Las formas de pensamiento fundamentales fueron de orientación bio-patológica y los cambios que se dieron a través del siglo XX carecieron de modificaciones importantes en los contenidos de ciencias naturales y sociales y de Medicina Social. Se privilegió la enseñanza clínica desvinculada de un proyecto social mayor. Los actores que propiciaron el estilo de pensamiento medico-experimental, desde la perspectiva social y preventiva, no lograron modificar con sus propuestas ni la enseñanza médica, ni la institución misma de la Universidad de Cartagena.

Esta investigación es pertinente debido a la escasez de conocimiento crítico-investigativo centrado en la educación de los médicos en Colombia como objeto

primario de estudio. Aunque en el siglo XX, en un intento por solucionar los problemas de la atención médica, se realizan constantes modificaciones a la enseñanza médica por parte del Estado (Ministerio de Salud. Programa de apoyo a la reforma & SA, 2002), aumentando el número de facultades de Medicina y la matrícula de las mismas, especialmente en los últimos años (Colombian Association of Medical Schools, 1974: 35)<sup>1</sup>, no ha existido la comprensión de la realidad que la cuestión amerita.

Esta investigación está planteada desde la perspectiva de la historia de la educación superior, partiendo de los estudios sobre los procesos de modernización de la Universidad de Cartagena y sobre la biografía de la doctora Paulina Beregoff, primera mujer médica graduada en Colombia, realizados por la investigadora Dora Piñeres (Piñeres De La Ossa, 2001a; Piñeres De La Ossa, 2002). Esta perspectiva fue complementada con los aportes realizados desde los estudios de la Historia de la Medicina que habían hecho grandes contribuciones al conocimiento de múltiples problemas relacionados con la Medicina colombiana del siglo XX, utilizando los estudios sociales de las ciencias, la historia de las políticas de salud, de la Medicina Social y de las enfermedades y las epidemias. La Historia Social de la Medicina en Colombia también había tocado la estudios médicos como objeto de estudio, como fue el caso de la historia de la Cátedra de Medicina en los siglos XVII-XIX (Quevedo Vélez, Emilio & Duque, 2002).

Partiendo de estos elementos, esta investigación se propuso abordar el problema de la historia de los estudios médicos en la Universidad de Cartagena desde la teoría socio-histórica de las profesiones elaborada por Ricardo González Leandri (González Leándri, 1999), para contribuir a la comprensión de una cuestión mucho más compleja: la Medicina.

Sin embargo, aunque desde la historia de las profesiones se puede abordar la enseñanza de la Medicina, esta propuesta teórica tiene la limitante de que no permite estudiar el otro componente del problema: qué se enseña a los médicos. Por lo tanto, en

---

<sup>1</sup> En 1973 la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (ASCOFAME), incluía las nueve Facultades de Medicina del país, oficialmente aprobadas: las siete fundadoras de 1959 (las de las universidades Nacional, Antioquia, Cartagena, Valle, Caldas, Cauca y Javeriana), además de la Universidad Industrial de Santander y el Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario.

una investigación como la presente, se propone, además, buscar exhaustivamente los Planes de Estudio que se implementaron para los médicos en Colombia en el siglo XX y, mediante el análisis histórico de los discursos médicos, identificar los conceptos de enfermedad y salud manejados por ellos y que han sido identificados como modelos, formas o “mentalidades” de pensamiento médico científico del siglo XIX y XX, por los historiadores de la Medicina. Estos modelos, al igual que los conceptos de Medicina Social (Foucault, 1993a) y Medicina Preventiva (Arouca, 1975) han sido reconocidos ya como referentes válidos en la historiográfica médica contemporánea (Laín Entralgo, 1961 ; Laín Entralgo, 1982; Quevedo V., 1992)

La periodización inicial, propuesta una vez revisado el estado del arte, se iniciaba con las reformas de modernización de la educación en Colombia (Herrera, 1986) y la Universidad de Cartagena (Piñeres De La Ossa, 2004). Comenzaba con la promulgación en 1934 de un “Plan de Estudios Obligatorio para las Facultades de Medicina Universitarias Oficiales Nacionales y Departamentales de Colombia”, por el gobierno de Enrique Olaya Herrera (Olaya Herrera & Jaramillo Arango, 1934) y finalizaba en 1970, con la re-organización de la enseñanza de las profesiones de la Salud de la Universidad de Cartagena, que creó la División de Ciencias de la Salud (Maza Anaya, 1998).

No obstante, en el desarrollo de la investigación, se vio la necesidad de modificar la periodización inicial de acuerdo con lo que la documentación encontrada fue exigiendo. Por lo tanto, esta tesis comprende el periodo que va de 1908 (fecha en que se nombra el primer Presidente de la Facultad de Medicina y Ciencias Naturales de Cartagena<sup>2</sup>, al reabrir sus actividades en el Siglo XX, con el Plan de Estudios propuesto en 1903 por el Gobierno Nacional como obligatorio para las universidades departamentales), hasta 1962, cuando se reorganiza la FMCN-C, en demanda de las transformaciones exigidas por ASCOFAME) (Colombian Association of Medical Schools, 1974), que cambia su nombre por Facultad de Medicina, elimina la tesis doctoral como requisito de grado, exige a todos los estudiantes el internado rotatorio obligatorio de un año y hace la primera graduación colectiva en enero de 1962, ese mismo año.

---

<sup>2</sup> En adelante Facultad de Medicina y Ciencias Naturales de Cartagena se escribirá según su sigla: FMCN-C

La tesis se presenta en cinco capítulos: el primero muestra cómo la enseñanza de los médicos en Cartagena se inicia, para el siglo XX, con la reapertura de los estudios en la Facultad de Medicina del Colegio Fernández de Madrid, que a partir de marzo de 1906 se llama Universidad de Bolívar. En un proceso lento, los médicos titulados de Cartagena, asociados en la Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales de Bolívar<sup>3</sup> y vinculados a empleos públicos en el poder legislativo y ejecutivo del Gobierno departamental, empeñaron su entusiasmo y su capital científico y político para que esta institución de enseñanza profesional pudiera reabrir sus actividades. Lucharon también para conseguir los espacios de enseñanza “práctica” que imponían las nuevas tendencias de la “enseñanza moderna” de la Medicina y las leyes nacionales de Instrucción Pública, materializándolos en la innovadora forma de una Policlínica, que fue llamada “Policlínica Rafael Calvo”<sup>4</sup>. Todo esto en las condiciones adversas de la postguerra inmediata de la Guerra de los Mil Días y la pobreza que pregonaba el Tesoro departamental. Sin embargo, los médicos-profesores no pudieron desplazar a las Hermanas de la Caridad del control administrativo del Hospital de Caridad, como ámbito de enseñanza de la Medicina y de otras “profesiones médicas”, ni adquirir el control “científico” de la institución.

El segundo capítulo se centra en mostrar cómo la FMCN-C se esfuerza en seguir los cambios de la FMCN de Bogotá, tratando de cumplir con las exigencias de una educación estatal centralista, liderada por una élite médica “afrancesada” (Miranda Canal, 1989) que se había organizado desde fines del siglo XIX en la Academia Nacional de Medicina y, desde allí, controlaba también las políticas en materia de estudios médicos. Se describen las agonías de los médicos-profesores para conseguir la medicalización del Hospital de Caridad en la década de 1920, apalancándose en el “fantasma de la centralización” de la Universidad y no sin granjearse la animadversión del clero y de algunos sectores influyentes de la sociedad de Cartagena, que veían en ellos a unos perdedores por sus fracasos previos en el intento de crear espacios de atención médica privada.

---

<sup>3</sup> En adelante Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales de Bolívar se escribirá según su sigla: SMCNB.

<sup>4</sup> En adelante Policlínica Rafael Calvo se escribirá según su sigla: PCRC.

Se debe anotar los aportes innovadores que hicieron estos médicos-profesores para la conservación de cadáveres y la enseñanza de las ciencias naturales y la bacteriología contratando profesores extranjeros. Debe resaltarse también el caso de la graduación como médica de Paulina Beregoff, en la década de 1920, en aras de seguir las exigencias centralistas de salubridad de puertos.

Termina el periodo en la década de 1930 con la reorganización y transformación del viejo y vetusto Hospital Santa Clara en un hospital “tecnológicamente” moderno, usando como modelo la experiencia exitosa de atención en Medicina privada de Panamá o al Hospital Andian de Cartagena. No se verán, cambios importantes en la propuesta de enseñanza práctica de los médicos, ni en la arquitectura del hospital. Esto quedará explícito en visita de la misión de evaluación médica norteamericana en 1953. En 1961 el viejo hospital de enseñanza cambiará nominalmente a Hospital Universitario Santa Clara.

El tercer capítulo muestra cómo los médicos-profesores de la Universidad de Cartagena, imbuidos en la tradición de la Medicina europea que habían apropiado desde finales del siglo XIX, continuaron sin cambios importantes en la forma de percibir la enfermedad, la organización o los planteamientos teóricos en la enseñanza de los médicos, que no fueron modificados por la Misión Francesa (Latarjet; Tavernier & Durand, 1931), ni por el Plan Olaya (Olaya Herrera & Jaramillo Arango, 1934).

Desde 1945, la FMCN-C impulsada por la Universidad de Antioquia que a su vez cambió, liderada por la Universidad de Columbia, consigue tímidos cambios en la organización de la enseñanza de médicos, la implementación del internado rotatorio (“clearship”) y siguió la tendencia a las especializaciones médicas de Estados Unidos y el deseo de profundizar las ciencias naturales, básicas propuestas desde la reforma flexneriana de inicios de siglo XX. Con la Misión de Tulaine en 1953, la conceptualización cambia a una Medicina prevencionista, que no deja de lado algunas transformaciones del viejo modelo flexneriano, pero rompe con la especialización en la base.

La Medicina Preventiva propone una Medicina Social, aunque bio-patológica y cuantitativa, caracterizada por la presencia unívoca de la Medicina Preventiva en todas



las asignaturas: la epidemiología, la bio-estadística y el trabajo médico en la comunidad (Arouca, 1975: 102).

Se había dado en Cartagena el cambio de tradición y de generación (Hobsbawm, 1998: 235) forzada por la muerte o jubilación de los médicos-profesores fundadores de la SMCNB, la PCRC y primeros profesores de la FMCN-C. Una elite académica y política nueva, con médicos-profesores graduados en Norteamérica o en ámbitos médicos de esa influencia que van a propiciar la transformación. Acogen la propuesta, le ponen empeño al cambio y terminan adaptando este esquema que en Colombia se gesta a través de ASCOFAME.

El capítulo cuatro pretende sintetizar apoyándose en una “serie de series” (Foucault, 2004: 11), presentando en forma estructural los Planes de Estudios de Medicina, comenzando con el Plan Zerda de 1892 (Caro & Zerda, 1892) y el Plan de Uribe de 1903 (Marroquín & Uribe, 1903 ; Marroquín & Uribe, 1904), pasando por el de Olaya Herrera en 1934 y el Plan de la Misión Francesa, hasta llegar a fines de la década de 1950, mostrando cómo el modelo anatomoclínico, con la apropiación de la síntesis del modelo etiopatológico, de pensar la enfermedad, persistió en la FMCN-C con el despliegue del conocimiento en especialidades que darán paso a las especializaciones pero conservando la misma conceptualización.

Se pudo mostrar con esta estructura la ausencia en la enseñanza de los médicos, de un componente importante de la Higiene Pública y la Medicina del Estado. A excepción de los estudiantes, que por ingerencia del Estado cumplieron su Servicio Social Obligatorio previo a la graduación y recibieron esta enseñanza; hecho que en nada modificó los Planes o los contenidos enseñados en la Facultades de Medicina. El pensamiento médico se ve muy bien reflejado en los documentos recuperados que dan respaldo, desde el discurso médico, a la conceptualización de la enfermedad a la que se adscriben los médicos cartageneros. También se describen en este capítulo algunos vestigios de investigación en el conocimiento etiopatogénico de la Medicina, como conatos aislados en el periodo.

Para fines de la década de 1950 se había consolidado la corriente de pensamiento médico hegemónico norteamericano, también transformada desde la tradición de Flexner de inicios del siglo XX, dando el paso de las medidas preventivas a la

“ideología” de la Medicina Preventiva (Abad Gómez, 1964 ; Arouca, 1975). Siguiendo los nuevos lineamientos, se cambia la organización de la FMCN-C y se crea el Departamento de Medicina Preventiva, con el norteamericano James R. Norton como Jefe. Meses después lo reemplaza el Dr. Abel Ramiro Dueñas Padrón, médico graduado en Cartagena, quién ocupará este cargo y el de Vicedecano de Ciencias Básicas hasta finalizar el periodo de esta investigación en 1962.

El capítulo quinto muestra cómo, la metodología propuesta permitió que esta tesis hiciera un aporte a la comprensión de la enseñanza de la Medicina a mujeres y así pudimos mostrar como la exclusión de la mujer en la enseñanza de profesionales médicos en la FMCN-C se debe más a la exclusión de clase social y educativa de la mujer en general, por el Estado, en la Republica de Colombia en este periodo, que a la simple exclusión de género en la profesión médica. La aparición de una mujer extranjera formándose como médica antes de la apertura del Estado a la educación profesional de mujeres, en Cartagena, obedece a razones coyunturales de algunos de los actores, por necesidades o presiones económicas o políticas (Santana Pérez, 2005: 102)

## APORTES DE LA CANDIDATA

Creo de interés mencionar en esta introducción las dificultades teóricas y metodológicas encontradas en el curso de la investigación y cómo se abordaron. La primera dificultad que debí superar, como médica formada en un patrón de educación positivista que decide estudiar, desde la perspectiva de la historia social, un problema tan complejo como enseñanza de los médicos en el siglo XX, fue la tendencia al pensamiento simplista contra la tendencia a pensar en múltiples dimensiones los hechos o fenómenos sociales que son mi objeto de estudio.

Esta dificultad epistemológica no es ajena a los investigadores de las ciencias sociales e historiadores (Castaño Rodríguez, 2002). Una forma inicial que facilitó el estudio en varias dimensiones del problema de la enseñanza de médicos en Cartagena, fue involucrar teorías y conceptos desde la sociología histórica: el concepto de campo (Bourdieu, 1990) y las teorías de las profesiones (González Leándri, 1999), junto con el

uso de la metodología de una estructura amplia de los actores sociales (Burrage; Jarauh & Siegirst, 1990).

Los actores sociales son en este caso, el Estado, las instituciones, no solo la Universidad, sino también el hospital y los diferentes ámbitos públicos y privados en que se forma el médico, al igual que las asociaciones médicas de naturaleza científica o de negocios. Estos actores, están conformados por sujetos, agentes de sus diferentes capitales, que entran al campo, e interactúan en la enseñanza del estudiante de Medicina.

Sin embargo, esta postura estructuralista nos invita a caer en otro de las limitaciones en la actuación de la historiadora: la seducción del hábito intelectual de lo concreto, de lo estable, de lo no-cambiante, de la ausencia de temporalidad (Ricoeur, 1987: 43-81 ; Ricoeur, 2003: 31-37; San Agustín, 2001: 392-398 ) en contra de un objeto social de realidades complejas, que pueden ser cambiantes o no en el tiempo y en varios estratos de esa temporalidad (Koselleck, 2001: 36-41) y el indudable reto de re-construirlo en un texto escrito.

Para superar esta limitación, en especial en la búsqueda de las formas de pensamiento que el profesional médico adquiere como base de conocimiento dentro de su enseñanza profesional, se deben evitar los dualismos y las explicaciones simples cuando nos referimos a procedencias de pensamientos, teorías o influencias. De forma deliberada se trató para ello de usar categorías descriptivas (Castaño Rodríguez, 2002: 60).

Se reconoce la importancia fundamental de la conceptualización, cuando se trata de reconstruir el complejo tejido de una realidad social (Zuluaga de Echeverry, 1987: 47,48), buscar categorías, conceptos y definiciones que nos den razón de esa realidad y que nos permita hacerlas inteligibles a nuestro propio razonamiento y el de los demás.

Aunque fue muy importante hacer una rigurosa conceptualización al inicio del estudio histórico, los conceptos no son estáticos ni aislados y siempre se corre el riesgo de terminar seducido por el pensamiento simple y rígido, de un concepto que permanece igual, para el historiador, pero no representa el cambio temporal de los hechos.

De invaluable valor han sido en este proposito las lecturas de Canguilhem (Canguilhem, 1978a; Canguilhem, 1978b ) y las discusiones sobre conceptos en el Seminario de Investigación del Grupo de Historia de la Medicina y de la Salud. De esta aproximación al pensamiento de Canguilhem es de resaltar el aporte en la interpretación

de “realidades científicas”: las síntesis que los grupos sociales pueden producir a la comunidad científica y como éstas pueden ser “abiertas o cerradas” o cerrarse y abrirse dentro de una temporalidad y permitírnos ver los matices de la construcción científica de esas síntesis en un campo intelectual.

No se puede dejar de mencionar aquí el aporte indiscutible de Cangulilhem en el campo de la historia social del conocimiento, al llamar al historiador a la ruptura con continuidades previas: la búsqueda de conceptos más allá de las teorías, las palabras y la etimología. Buscar antecedentes de conceptos en diferentes teorías; buscar complementos teóricos en teorías y conceptos que se entrecruzan en los periodos de larga duración y obedecen a estilos de pensamientos diferentes. Esto último se ve en Medicina al encontrar cómo perviven en el pensamiento médico científico de hoy las formas de pensamiento que se conformaron desde el siglo XIX (Lain Entralgo et al., 1972 ; Quevedo Vélez, Emilio, 1992).

Esta noción de discontinuidad es re-planteada por Michel Foucault, otro referente obligado de la historiografía médica francesa (Foucault, 2004: 12). Nos propone para la noción de discontinuidad, tres herramientas metodológicas: hacer del documento un monumento, es decir, convertirlo en elementos, que hay que aislar, agrupar, hacer pertinentes, disponer en relaciones, constituir en conjuntos y reconvertir en series, series de series, cuadros etc., como operación deliberada del historiador. La construcción de estas series de series fue de indudable valor al reconocer los diferentes agentes tanto en la organización de la Universidad como de la enseñanza misma de la Medicina.

Creo que el aporte más importante de esta tesis es haber articulado en forma armónica las diferentes historiografías médicas del siglo XIX y XX (española, francesa, norteamericana, latinoamericana) con los aportes teóricos y metodológicos de la sociología histórica al estudio de las profesiones, la historia social de las ciencias. Junto con el uso de una metodología estructural, complementada con el análisis histórico de los discursos, permitió conseguir los objetivos e identificar las transformaciones e innovaciones en el campo de la FMCN-C. Se debe resaltar también el rescate de la historia clínica, el relato patográfico, como fuente primaria de fundamental utilidad en los estudios de la Historia de la Medicina (Huertas, 2001 ; Lain Entralgo, 1961: 11-16).

Se conforma un modelo, desde varias dimensiones, de la Historia Social de las profesiones: la organización del Estado, las instituciones, las asociaciones médicas, los médicos-profesores y el contenido base de conocimientos sobre enfermedad-salud que se enseña desde la concepción científica occidental de la ciencias, inscritas en un campo intelectual, pero también social, político y económico, que permita la comprensión y el estudio más objetivo, de un problema complejo de interés social como es el caso de los profesionales médicos.

Conceptualizada la definición de modelo como: **una abstracción de la realidad que pretende mostrarla, aunque incompleta e insuficiente, pero que nos permite comprenderla, racionalizarla y compartirla.** Queda propuesta una forma de percibir esta realidad como el abordaje de un objeto de conocimiento que invita a buscar una respuesta que contribuya en parte a la Historia General de la Historia de las profesiones de la salud en Colombia.

No menos satisfactorio es poder presentar el recorrido histórico de la enseñanza de profesionales médicos de la FMCN-C, y dejar un texto escrito en un documento coherente y organizado, producto de una investigación, apoyada en una documentación extensa e inédita, rescatada desde archivos dispersos en la misma Facultad de Medicina de la Universidad de Cartagena y varias ciudades de Colombia, y de bases de datos virtuales. Esperando que podamos tener en futuras investigaciones organizados los archivos históricos de la Universidad de Cartagena y la Facultad de Medicina.

Todo esto sin olvidar la lógica que toda “verdad” que se pretende escribir desde la “verdad de siempre”: sólo se construye conocimiento desde la perspectiva y la enseñanza social individual de quien lo escribe, de ahí que se le encuentre su “manquedad”, al decir de Pedro Lain Entralgo. Pero si esto ocurre, será porque se cumplió el objetivo primordial de todo aporte al conocimiento historiográfico, llevar al debate público, de los grupos y colectivos, para su mejor comprensión, su pasado histórico.

## 1. LA MEDICINA HEGEMÓNICA DEL SIGLO XX

Con el conocimiento, por investigaciones previas, de que la enseñanza de profesionales médicos en Colombia durante el siglo XX se relaciona con el estado de la Medicina occidental y, en especial, con los modos o formas hegemónicas de la Medicina tanto en Europa como en Estados Unidos, creo que debemos dar razón del estado de los mismos al inicio del periodo de estudio, es decir, a inicios del siglo XX. De esta manera informaremos al lector de aspectos importantes con el fin de evitar la reducción o simplificación en los modelos y conceptos que se apropian, cambian o rechazan y mejorar la comprensión del desarrollo y análisis de esta investigación.

### 1. 1. LA MEDICINA EUROPEA EN EL TRÁNSITO DEL SIGLO XVIII AL XIX

Es necesario aclarar, antes de iniciar esta investigación sobre los profesionales médicos, la concepción errada de que las propuestas teóricas de la Medicina occidental, francesa y alemana, eran separadas o antagonicas a inicios del siglo XX.

Los trabajos de investigación de Elvira Arquéola y Luís Montiel mostraron que la Medicina francesa y la Medicina alemana, de las que surge el modelo de ciencia médica en cuya ortodoxia estamos, tienen un punto de origen común. Desde esta fundamentación teórica, debemos pensarla, como una Medicina europea.

Esta imagen en blanco y negro que tanto ha dificultado la comprensión de la Medicina romántica alemana ha perjudicado también sensiblemente al conocimiento de la verdadera realidad de la Medicina francesa de la misma época. Durante mucho tiempo se ha pensado que con atribuir a la Naturphilosophie una impúdica <especulación de gabinete> y a la Medicina francesa el revolucionario <método anatomoclínico> se podía dar por comprendida la historia de la Medicina en el tránsito del Siglo XVIII al XIX. Y sin embargo al hacer esto se empobrecía considerablemente el conocimiento de una etapa de enorme riqueza intelectual. En los últimos decenios abundan las investigaciones que prueban que en Alemania existió una Medicina de observación y proto-experimental, propiciada precisamente por la Naturphilosophie de Shelling, del mismo modo que en Francia, una filosofía natural -la de la escuela de Montpellier- vigorizó y enriqueció considerablemente el modo de obrar propio de la escuela de París,

la escuela anatómico-clínica, a la que por lo general se le atribuía todo el mérito en la reforma de la Medicina. (Arquiola & Montiel, 1993: XX)

Igual conclusión presenta Pedro Laín Entralgo desde su análisis historiográfico, partiendo del relato patográfico o historia clínica

Tres círculos rectores tuvo la Medicina universal durante el siglo XIX: Francia, Inglaterra y los países germánicos (Alemania, Austria y Suiza). Durante casi toda la mitad del siglo, las diferencias en el modo de concebir la Medicina cada uno de estos tres círculos protagónicos, y sobre todo las del Natural philosophy de la Alemania romántica y el occidente empirista, fueron considerables, pero a partir de 1845 la Medicina europea se va uniformando, hasta llegar a una situación casi homogénea desde Irlanda a Rusia. Dentro de ese dominio común que es la Medicina europea a partir de 1845, se perfilan las tres formas descritas [Anatómico-clínica, Fisiopatológica, Etiológica] de pensar la enfermedad. (Laín Entralgo, 1950 / 1961)

## 1. 2. LA MEDICINA NORTEAMERICANA EN LA PRIMERA MITAD DEL SIGLO XX

El pensamiento médico de los Estados Unidos, ha sido hegemónico en la práctica y educación de la Medicina en Colombia después de la Segunda Guerra Mundial, después de muchos años de hegemonía europea, liderada por los franceses (Société des Nations, 1945) (L'Section D'Hygiene, 1945). En razón de este liderazgo es necesario hacer algunas consideraciones previas sobre el estado de los estudios médicos para conocer las diferentes propuestas que competían por la hegemonía dentro del mismo Estados Unidos y no solo el pensamiento que se impuso a las otras es el discurso que después se extiende y apropia en la periferia.

Para este propósito son de invaluable valor los estudios de historia de la Medicina realizados por Kenneth Ludmerer (Cooke et al., 2006; Ludmerer, 1981 ; Ludmerer, 1963 ; Ludmerer, 1980 ) sobre las reformas en las escuelas de Medicina y los hospitales de enseñanza de los Estados Unidos de América, desde finales del siglo XIX hasta mediados del siglo XX mostrando la influencia de la Medicina europea experimental en la Medicina norteamericana previo al informe de Abraham Flexner. Este informe fue

producto del estudio que hizo este educador (Fresquet Febrer, 2008) sobre la enseñanza en ciento cincuenta escuelas de Medicina de Estados Unidos y Canadá patrocinado por The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching publicado en Estados Unidos en 1910 con el título de *Medical Education in the United States and Canada* (Flexner, 1910).

Según Ludmerer, en los cuarenta años anteriores a la publicación del Informe Flexner en 1910, ya se habían hecho cambios en las escuelas de Medicina de Estados Unidos y eso ayuda a explicar la rapidez con que se dieron las reformas posteriores al informe. Por ejemplo, la Escuela de Medicina de Harvard de 1869 a 1909 modernizó la enseñanza de escuela de propiedad privada del siglo XIX junto con Hopkins, Pensilvania, Michigan, Columbia, Northwestern y Siracusa, Harvard estuvo entre las primeras escuelas en el movimiento de reforma a la “Estudios médicos” americana (Ludmerer, 1981: 343).

Desde 1870 los avances europeos en las ciencias médicas volvieron obsoletos los métodos de las escuelas privadas, la evolución de la escuela clínica de París: la unión del diagnóstico patológico y fisiológico-, el método numérico aplicado a la investigación clínica y la evolución del hospital como centro de enseñanza e investigación y los avances de la Medicina experimental en Francia y Alemania en los 1850s y 1860s, cambiaron el carácter de la Medicina y atrajeron la atención del mundo. Alemania, la líder en los logros en ciencias de laboratorio, gradualmente reemplazó a Francia como la meca de la Medicina del mundo y para 1870, aquellos interesados en los progresos médicos miraban a Alemania por nuevas ideas

Cuando se publica el informe Flexner en 1910, se cerraron escuelas de Medicina pero también se reorganizaron otras que se hicieron más efectivas. En el caso específico de la Universidad de Washington, la reforma fue estimulada por la visita de Flexner. El éxito de la transformación de su enseñanza inspiró a otras escuelas. Su director William Welch dijo que la reforma de la escuela “marcó época en la estudios médicos, como la de Johns Hopkins marcó la primera” (Ludmerer, 1980). A diferencia de otras universidades en las que las reformas fueron lideradas por profesores que habían estado por años en programas de postgrado en Alemania y Austria, los reformadores de la Universidad de Washington se habían entrenado en Estados Unidos en clínicas



especializadas o en laboratorios de ciencias básicas. Ludmerer señala que ahora los directivos de las escuelas buscaban sus líderes en otras escuelas de su mismo país como la generación de Johns Hopkins, Harvard y Pensilvania los buscó en las Universidades de Alemania y Austria (Ludmerer, 1980: 160)

Ludmerer también se refiere a los cambios en la responsabilidad de los estudiantes de Medicina. Este cambio no se dio fácilmente, ya que antes del informe de Flexner muy pocos estudiantes podían cuidar directamente a los pacientes. A diferencia de lo que ocurría en la enseñanza de las ciencias, con el uso de los laboratorios como recurso de enseñanza, en la clínica no se cumplía el cometido de aprender haciendo. Y aunque para la primera década del siglo XX, las escuelas de Medicina en Estados Unidos habían cambiado de ser la industria casera que habían sido desde la Guerra Civil, la gran debilidad de algunas seguía siendo el “clearkship” (internado rotatorio obligatorio).

El “clearkship” había sido introducido por William Osler en 1893, en el Johns Hopkins y se había instituido en la enseñanza de la Medicina pero en otras escuelas luchaba por sobrevivir. La razón principal, para que el “clearkship” no funcionara era que las escuelas médicas no controlaban los hospitales de enseñanza, la misma razón por la cual Harvard perdió la oportunidad de tener como profesor a William Osler y Yale a Harvey Cushing. Flexner, en 1910, en su informe anota la necesidad que tienen las escuelas de Medicina de tener sus propios hospitales de enseñanza (Flexner, 1910: XI) y que solamente el Johns Hopkins Medical School y su hospital eran exitosos, sugería buscar un mejor entendimiento entre hospitales y las escuelas que lo merecían; pero los costos médicos eran prohibitivos y las escuelas médicas no poseían los recursos para construir su propio hospital y operarlo. Antes de la Primera Guerra Mundial muy pocos hospitales de enseñanza eran exitosos (Ludmerer, 1963: 215,218).

Además de repasar someramente la incorporación de la Medicina europea en las escuelas de Medicina de los Estados Unidos, apoyadas por el informe Flexner, hay que mirar las condiciones socio-económicas y políticas que permitieron, en los Estados Unidos, los cambios de discursos en las ciencias y en las profesiones. Aspecto sobre el que se volverá en el marco teórico de la investigación

La Medicina, desde sus orígenes helénicos, se ha venido debatiendo entre diferentes modelos que han incidido en su puesta en práctica. Mientras Hipócrates abogaba por la

tradición higeica (higiénica) y una asistencia médica de carácter colectivo, siglos más tarde Galeno marcó la pauta con la adscripción a Panacea (diosa de la cura individual), el estudio de las partes del cuerpo humano y la prescripción de numerosos fármacos. Dando un salto en el tiempo en los siglos XVII y XVIII se instaura la cuantificación de las enfermedades como componente metodológico que confiere rigor científico a las ciencias médicas. (Sarrado et al., 2004: introducción)

La “Medicina científica” consolida en el final del siglo pasado una duradera hegemonía como substrato conceptual de la salud. Este proceso tuvo su climax en el famoso informe *Medical Education in the United States and Canada*, escrito por Abraham Flexner (1866-1959) que preconizaba un enfoque reduccionista para la enseñanza médica, sacramentando la valorización del ámbito subindividual en el campo de la salud (...). El modelo conceptual flexneriano reforzaba la separación entre individual y colectivo, privado y público, biológico y social, curativo y preventivo. (...). Cuando la Fundación Rockefeller decidió en 1914 financiar la abertura de instituciones de entrenamiento para personal de salud pública el mismo Flexner fue encargado de dirigir el proceso de selección de las propuestas, sesgado desde su inicio.

En esa oportunidad competían tres modelos antagónicos: una propuesta ambientalista presentada por un convenio de la Universidad de Harvard con el MIT; una propuesta de corte sociopolítico, defendida por la Universidad de Columbia de Nueva York y un proyecto, denominado biomédico, presentado por la Universidad Johns Hopkins de Baltimore.

De todos modos, parece que las cartas estaban marcadas porque la decisión de la fundación Rockefeller a favor de la propuesta de Johns Hopkins, se basó en un informe elaborado por Wickliff Rose (filósofo especialista en Kant y Hegel) director de Salud Pública de la Fundación y los principales consultores de la institución en asuntos de salud Flexner y William Welch<sup>5</sup>. (De Almeida-Filho, 2000: 69-70)

## 2. ESTADO DEL ARTE DE LA HISTORIA DE LOS ESTUDIOS MÉDICOS EN COLOMBIA

---

<sup>5</sup> Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Johns Hopkins.

A continuación se analizan las publicaciones y sus aportes al conocimiento actual del problema. Con referencia directa a los estudios históricos de los estudios médicos y la enseñanza de profesionales médicos en Colombia en el Siglo XX. Después de estudiarlos críticamente, se hace notar la ausencia de estudios de investigación que aborden el problema en forma analítica. Utilizaré los referentes teóricos y los aportes al conocimiento que permitan llegar a un conocimiento objetivo del problema en su complejidad social e histórica, lo cual justifica la presente investigación.

## **2. 1. HISTORIA DE LOS ESTUDIOS MÉDICOS EN CARTAGENA**

Hasta hace unas décadas, el conocimiento de la Historia de nuestra facultad y de la Universidad de Cartagena, era mínimo, casi inexistente, como se puede evidenciar en el resumen de la nota del Plan de desarrollo de la Facultad de Medicina de la Universidad de Cartagena, fechada en 1997, donde se hace una alusión vaga y general al devenir Histórico Educativo en el siglo XX.

En 1904, se instaura la Decanatura y el Consejo de la Escuela de Medicina para administrarla con autonomía. Durante 1923 y 1925 tomó parte activa en el desarrollo de la Facultad el doctor Eusebio Guerrero Pérez, Médico egresado de la Facultad de Medicina de París.

Históricamente las Facultades de Medicina han realizado un recorrido Académico que podemos resumir así: ETAPA I. Creación de la Facultad y enseñanza de áreas o Unidades Académicas. ETAPA II. Integración de áreas Académicas en la Facultad. ETAPA III. Integración de la Facultad con el sector salud.

Sólo hasta principios de este siglo, en las Facultades existentes se produce una reorientación en los Estudios médicos, delimitando su duración académica e identificando más claramente los Ciclos Básicos y Clínico, estableciéndose en el primero la posibilidad de incorporación por concurso del estudiante como “Preceptor” de Ciencias Básicas o como Interno en el área clínica. En esta última, después de cursada la respectiva asignatura, en cualquier momento de la carrera el alumno podía optar por esa posición sin necesidad de terminar, ni aprobar el Plan de Estudios vigentes. El estudiante de Medicina hacía su práctica asistencial exclusivamente en el Hospital General que tenía asignado su Facultad. El internado tenía como período mínimo de duración el de

un año, y su asignación se hacía por concurso; requería a más de las calidades del alumno, la clara preferencia del estudiante por una rama de la Medicina, situación que en sí era ya una oportunidad de Especialización.

A partir del año de 1962 son abolidos los concursos y por la Ley 14 de 1962 se establece el Internado Obligatorio. En 1963, el Decreto 605, Artículo 4o., define los criterios de aprobación de hospitales para internado.

En resumen, los principales hechos que han determinado cambios importantes en el plan de la enseñanza médica y que aún muchos perduran con algunas modificaciones podemos decir que datan a partir de 1959. Actualmente la Facultad de Medicina funciona en Zaragoza, Área de Ciencias de la Salud. (España Fernández et al., 1997)

En los años siguientes, tenemos dos trabajos publicados que si bien contribuyen a darnos idea de lo sucedido en los procesos educativos de la Facultad de Medicina en las décadas del 80 y 90, no tienen un carácter de investigación histórico-educativa. Estos trabajos se hicieron con miras a la actualización curricular (España Fernández; Hernández Ayázo & Ballesteros Doria, 1996) y a visualizar el proceso de auto-evaluación de la calidad como requisito de ley para la acreditación como Facultad de Medicina por el Estado (Sierra Merlano et al., 2000).

Con respecto a las miradas históricas de nuestra facultad, en el periodo del Siglo XX, voy a referirme a tres publicaciones.

La primera es una reseña de la Facultad de Medicina, “Facultad de Medicina de la Universidad de Cartagena. Su historia”, escrita por Edwin Maza Anaya (Maza Anaya, 1998). Este estudio hace una descripción de la Facultad de Medicina desde sus inicios hasta los días de su publicación. Para el siglo XX, muestra una descripción cronológica del discurrir administrativo, que aporta valiosa información sobre rectores, decanos y alumnos. Sin duda, es muy útil a las investigaciones sucesivas que se emprendan para el conocimiento general de la enseñanza de los Médicos en Cartagena en el Siglo XX.

La segunda es la publicación del relato de un exalumno y profesor de la Facultad de Cartagena de sus vivencias e investigaciones sobre la historia del Hospital Santa Clara, como hospital de prácticas y después hospital universitario, desde sus orígenes hasta su

cierre en el siglo XX. Este libro, aunque no está escrito en el estilo historiográfico actual y no precisa las fuentes fue de mucho valor como referente de fuentes primarias (Zabaleta Jaspe, 1976).

La otra publicación es de carácter periodístico; se trata del trabajo de Jorge García Usta, “Retratos de Médicos. Crónicas sobre médicos del Bolívar Grande en el Siglo XX” (García Usta, 2000a). Mediante la presentación biográfica y la entrevista, ofrece historias de vida de algunos médicos graduados en la Facultad de Medicina de Cartagena que fueron líderes y tuvieron representación en la vida social, política y cultural de Cartagena, de la Región y el país. Este trabajo fue de gran utilidad para contrastar la información de otras fuentes.

## **2. 2. HISTÓRIA DE LOS ESTUDIOS MÉDICOS EN COLOMBIA**

Tenemos menor número de trabajos y menor análisis sobre los estudios médicos históricos que muestren las políticas de Estado, la organización de las instituciones y el contenido básico de conocimiento, comparado con lo encontrado para la práctica social de la Medicina, las enfermedades y la historia social de las ciencias en Medicina

Algunas Facultades de Medicina, pioneras en el siglo XVII en la capital, han emprendido el estudio riguroso de los procesos de los estudios de Medicina desde la perspectiva histórica (Duque, 2003 ; Quevedo V. & Duque, 2002) y otros desde las teorías de la Historia Social de la Medicina (Hernández Álvarez & Quevedo V., 1992).

Estos investigadores ya habían publicitado ensayos centrados en los procesos de cambio de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia (Hernández Álvarez, 2004) (Eslava Castañeda, 2004b) tocando tangencialmente a la Facultad de Medicina de la Universidad de Cartagena (Eslava Castañeda, 1995) y en este sentido aportaron fuentes primarias a esta investigación. También encontramos otras publicaciones de indudable valor documental para futuros estudios (Hernández H. & Pecha Quimbay, 2003) y algunos esfuerzos más descriptivos desde la periferia (Erazo Domínguez, 2003; Lara Álvarez, 1992). Sin embargo, la mayoría de las Facultades de Medicina de las provincias siguen sin tener una comprensión clara de su pasado histórico.

Una reciente publicación, de Emilio Quevedo Vélez y Juliana Pérez, sobre los estudios médicos en el Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, en una época contemporánea (Quevedo Vélez, Emilio & Pérez G, 2009: 87-110) centra el campo de atención en una facultad de Bogotá y, dada la periodización, comparte con esta investigación las influencias hegemónicas de la Medicina que también eran el referente de la Facultad de Medicina de la Universidad de Cartagena.

La Facultad del Colegio Mayor del Rosario se funda con el nuevo modelo conceptual liderado por ASCOFAME desde 1959 y entra como miembro activo de la misma en 1973 (Colombian Association of Medical Schools, 1974: 35). Este libro hace una prospectiva de la estudios médicos desde un análisis epistemológico del estado actual de los estudios Médicos y llena un vacío en las publicaciones en este sentido. Quevedo Vélez, se formó como médico en la misma Facultad del Rosario (1967-1973), en el periodo estudiado, lo que hace de este texto una nueva experiencia de hacer historia del presente (Mudrovic, 2005).

### **2. 3. HISTÓRIA DE LA UNIVERSIDAD DE CARTAGENA EN EL SIGLO XX**

Fue resaltado por investigadores de la Historia de la Educación en Colombia, desde finales de la década de los 80, la gran falencia de investigaciones en educación superior, la Universidad y la enseñanza de profesionales, señalando, específicamente, tópicos como el estudio de la dirección pragmática o humanística en la enseñanza profesional, la polémica de fondo sobre la introducción de nuevas corrientes de pensamiento y el acceso a esta de nuevos grupos sociales (Herrera, 1986). También fue reconocida esta falencia por historiadores regionales como Alfonso Múnera Cavadía, en la Universidad de Cartagena, quien concluye sus reflexiones señalando la falta de estudios sobre esta materia en el siglo XX y la ausencia de investigación sobre la problemática misma de la Universidad como institución creadora de conocimientos científicos. (Múnera Cavadía, 1998)

En los veinte años posteriores a la publicación al trabajo de Marta Cecilia Herrera, se han conformado, varias corrientes historiográficas que pretenden llenar este vacío. De estas propuestas me interesa resaltar, la creación del Doctorado de Ciencias de la Educación de RUDECOLOMBIA, apoyado en la línea de investigación Historia de la

Educación Universitaria Latinoamérica, HISULA, que abrió nuevas perspectivas y posibilidades a la investigación histórica de la problemática universitaria en Colombia desde las universidades departamentales, llamadas de provincia, incluyendo la Universidad de Cartagena (Soto Arango, 1997) iniciativa de enseñanza de investigadores que ya ha dado sus primeros frutos (Piñeres De La Ossa, 2004).

El estudio de la Universidad de Cartagena desde la perspectiva de la Historia Educativa se inicia formalmente con la investigación que culminó con la tesis doctoral La historia de la Universidad de Cartagena, reformismo y Modernidad: 1928-1946 (Piñeres De La Ossa, 2004) y la instalación institucional de la Cátedra de Historia de la Universidad de Cartagena (Piñeres De La Ossa, 2001b ; Piñeres De La Ossa, 2003). Sin duda, ambos, son referentes contextuales básicos para poder profundizar en las investigaciones sobre historia social de la educación, como es el caso de los profesionales médicos.

Los aportes de esta tesis doctoral son muchos, partiendo de la amplia documentación y bibliografía que para este periodo de modernización, la república liberal, es de fundamental importancia. Otro aporte muy importante es el rescate de la vida cotidiana, la historia de vida y la inclusión de la mujer en la educación superior en la Universidad de Cartagena.

## **2. 4. HISTORIA DE LA MEDICINA EN CARTAGENA A FINALES DEL SIGLO XIX Y SIGLO XX**

En Cartagena el estudio histórico de la facultad de Medicina, la educación o enseñanza de la Medicina no ha tenido mayor interés por parte de los historiadores a diferencia del estudio de la Medicina como actividad social y el médico como agente de las políticas de salud, la representación social del médico-profesional y de los médicos como profesión socialmente visible a través de las instituciones y la hegemonía que alcanzan en el campo del “arte de curar” (González Leandri, 2006).

Es así como se puede identificar una línea de investigación desde las teorías de Foucault de la Medicina Social y la medicalización en Cartagena y el Caribe Colombiano desde siglo XIX y XX, iniciada con los trabajos de Álvaro Casas Orrego

sobre higiene urbana (Casas Orrego, 2000; Casas Orrego & Márquez Valderrama, 2000) y continuada en las tesis de grado del Programa de Historia de la Universidad de Cartagena, *La medicalización de la lepra en la ciudad de Cartagena 1870-1980* (Vergara Izquierdo, 1998), *El papel de los religiosos y de los médicos en la caridad y asistencia pública en Cartagena. 1895-1925* (Simancas Mendoza, 1998), *Los empresarios Manuel Román y Picón y Henrique L. Román: de botica a laboratorio 1835-1900* (Rivero Sena, 1999), *Los discursos, saberes y prácticas de los médicos de la Universidad de Cartagena en la Salud Pública de la ciudad de Cartagena, 1920-1940* (Ligardo Vega, 2005), *Reconstrucción de un pasado médico. La Facultad de Medicina de la Universidad de Cartagena 1920-1940: entre el apostolado, la ciencia y el higienismo* (Ligardo Vega, 2006), *La Botica Román en Cartagena* (Rivero Sena, 2008).

El trabajo de Jairo Solano Alonso, *Notas para una historia de la estudios médicos en Barranquilla y Cartagena*, da una visión amplia de los estudios médicos en Cartagena durante el siglo XIX y XX y hace aportes puntuales sobre algunos aspectos de las transformaciones que se dieron en la Facultad de Medicina en el siglo XX en Cartagena (Solano Alonso, 1980)

## **2. 5. HISTORIA DE LA MEDICINA EN COLOMBIA EN EL SIGLO XX**

Es indispensable, para poder comprender el estado del conocimiento de la investigación sobre los estudios médicos en la universidad de Cartagena, tener una mirada lo más amplia posible, que nos de un referente colombiano y general de la historia de la Medicina.

El movimiento historiográfico denominado “la nueva historia”, en el caso colombiano se inicia a mediados del siglo XX, consolidándose a través de publicaciones de difusión nacional, como fue la Nueva Historia de Colombia, bajo la Dirección de Álvaro Tirado Mejía y la asesoría de Jorge Orlando Melo y Jesús Antonio Bejarano.

La Historia de la Medicina, y específicamente los estudios médicos, se referencian para el primer periodo del Siglo XX en un escrito que -por sus mismas características de ensayo corto- da una mirada muy amplia a las transiciones entre las diferentes formas de concebir la enfermedad, o mentalidades médicas, explicitadas por Lain Entralgo para del



periodo decimonónico, en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Bogotá, con referencias al contexto social y político, y apuntes sobre los procesos de reglamentación e institucionalización de estos cambios en la capital (Miranda Canal, 1989). El otro escrito recoge los aportes de la élite médica del país en la adaptación de la práctica médica a las diferentes formas de concebir la salud y la enfermedad (Miranda Canal, 1992). No hay, en este breve resumen de la Medicina Colombiana, de la primera mitad del siglo XX, referencias a las Facultades de Medicina o a la práctica médica en el resto del país o son tangenciales.

El interés de hacer Historia Social de las Ciencias en Colombia, en las profesiones, en Colombia, encuentra su verdadero cambio a partir de la década del 80, con las investigaciones que se consolidan en la publicación apoyada por COLCIENCIAS, en los siete tomos de la Historia Social de la Ciencia en Colombia, en 1993. El primero de esos tomos está dedicado a la metodología usada (Quevedo V. et al., 1993) y el siete (Quevedo V., 1993) y ocho (Miranda Canal; Quevedo V. & Hernández Álvarez, 1993) dedicados a la Historia de la Medicina.

Los autores proponen herramientas teóricas y metodológicas que permiten abordar el estudio de la Historia de la Medicina, desde la historia de los saberes científicos (Kuhn, 1986) la historias de las ideas (Foucault, 2004) y la conceptualización de la salud-enfermedad (Canguilhem, 1978b) Se presenta en los dos tomos de Medicina una recopilación de las investigaciones de los autores, ampliadas y complementadas, que son aportes renovadores en el estudio de la Historia de las Instituciones y del saber médico occidental en Colombia, siempre mirando los procesos de consolidación de la profesión, la reglamentación y las políticas de salud.

Los autores dejan explícito, que, por la imposibilidad de cubrir en este trabajo todos los campos propuestos para la Historia de la Medicina, se decidió dedicar el estudio al sector de las instituciones médicas en Colombia, ya que son éstas las formas por medio de las cuales los profesionales médicos han organizado sus labores de producción, transmisión e intercambio de conocimientos y problemáticas, así como la difusión de uno y otro. Como objeto de estudio, se definió, como más representativas, las escuelas y facultades de Medicina (la estudios médicos) y el hospital (la atención médica), vistas siempre desde la perspectiva de las políticas de salud que las enmarcan (Quevedo V.,

1993: 15). Convirtiéndose éstos en textos de referencia obligada para el estudio general de la Historia de la Medicina colombiana; sin embargo están centrados en Facultades de Medicina o la práctica de la Medicina de la capital.

También hay otras miradas a la Historia de la Medicina en Colombia, con objetos de investigación muy distintos a la estudios médicos. Los aportes más importantes al conocimiento y comprensión de la Salud Pública y las políticas de salud se han hecho desde la investigación histórica (Quevedo V., 1995) (Quevedo V. et al., 2004; Quevedo V. et al., 1990a; Quevedo V. et al., 1990b), (Eslava Castañeda, 2004a), (Hernández Álvarez, 2002 ; Hernández Álvarez et al., 2002), y en la Medicina Social y laboral (Restrepo, L. J., 2004).

Investigaciones muy relevantes en la historia de las enfermedades: los trabajos de Diana Obregón Torres en lepra (Obregón Torres, 2003), (Obregón Torres, 2002), y Martínez Martín de Lazaretos (Martínez Martín, 2006) y por Quevedo Vélez en fiebre amarilla (Quevedo V. et al., 2007). En la Historia de la Medicina y las guerras (Sotomayor Tribin, 2004) y también visiones muy generales de investigadores extranjeros (Abel, 1996).

### 3. MARCO TEÓRICO

Para el presente trabajo, la investigación de los estudios médicos, se inscribe desde la Historia de la Educación Universitaria. Usaré el concepto de campo de Bourdieu (Bourdieu, 1988 ; Bourdieu, 1990), usado también por Ricardo González Leandri en el estudio histórico-social de las profesiones (González Leandri, 2006: 39; González Leandri, 1999: 64-68 ) y las Teorías de las Profesiones que desde la sociología histórica propone este autor.

El conocimiento básico de enseñanza de los médicos se analiza, tomando como referente los paradigmas o modelos de pensamiento médico del siglo XIX y XX, con respecto a la enfermedad, propuesta que desde la historiográfica médica española hace Pedro Lain Entralgo (Lain Entralgo, 1982) o “mentalidades medicas” (Lain Entralgo, 1961), con una mirada nueva, de los estilos de pensamiento médico (Fleck, 1986) que

permite hacer una historia social del conocimiento, mas allá del simple seguimiento a los cambios del conocimiento científico (Kuhn, 1986); la Medicina Social propuesta por Fo

### **3. 1. HISTORIA DE LAS PROFESIONES**

Esta investigación de los estudios médicos se orienta desde la historia de las profesiones. Entendiendo que esta denominación hace referencia a los procesos de obtención de recursos (materiales, institucionales y simbólicos), en forma más amplia además de atender los contenidos del pensamiento científico y los saberes que maneja.

Se define Profesión como un grupo que comparte una determinada ocupación u oficio y que a través de un proceso histórico social más o menos largo, ha logrado controlarse y auto-regularse institucionalmente y pervivir en el tiempo. Se entiende también que este grupo ha logrado mantener -mas o menos exitosamente- sus relaciones con el Estado y la sociedad, mediante un sistema de abstracción que la élite de sus miembros utiliza con fines de persuasión y negociación que les permite cierto grado -mayor o menor- de reconocimiento social y económico. Desde la teoría de las profesiones se concibe el objeto de estudio, los profesionales, como un grupo ocupacional, que pone énfasis en la figura del experto, que es quién adquiere los conocimientos mediante el entrenamiento prolongado llevado a cabo por sus pares y no directamente por el mercado (González Leándri, 1999).

La contribución de la sociología a la investigación histórica del siglo XX ha sido reconocida por los historiadores (Vilar, 1999). Para algunos la sociología y la historia adecuadamente concebidas, no son dos materias independientes sino una sola (Santana Pérez, 2005; Tiana Ferrer, 1983). Desde la sociología histórica, la historia de las profesiones fue ampliamente estudiada por Andrew Abbot quién describe cuatro tendencias. Por un lado dos grandes corrientes fundamentales: los funcionalistas y los estructuralistas, y, por otro lado, dos escuelas: una que denomina en algunas ocasiones “escuela del monopolio” y en otras “new power literature” (nueva literatura sobre el poder) y otra corriente “cultural” o neo-funcionalista (Abbot, 1988: 20)

La teoría funcionalista tenía como categoría de precepto básico la tendencia al servicio a la comunidad de las profesiones, sobre todo a partir de la diferenciación que hacía entre profesiones (meras ocupaciones) y el mundo de los “negocios”. También situó la tendencia al servicio a la comunidad, como un elemento fundamental de su cosmovisión, garantizando el uso adecuado y racional de las ciencias. Lo más criticado al funcionalismo, es el hecho que presuponga una unidad funcional.

Otra crítica a los funcionalistas es que la expansión profesional no condujo al aumento de profesiones dedicadas al servicio y a promover la estabilidad y la democracia -como ellos proponen- sino que se tradujo en una explosión de expertos y tecnócratas de miras estrechas, y la creciente fusión entre poder y conocimientos ha creado un nuevo tipo de profesional-tecnócrata.

En conclusión, el funcionalismo como herramienta de investigación no nos habla de lo que los profesionales son o fueron en realidad sino de lo que pretenden ser (Abbot, 1988: 30) e incluye en sus definiciones lo que deberíamos investigar. ¿Qué mecanismos tienen los profesionales, qué actores sociales intervienen y de que manera, en el proceso en que “la sociedad” distribuye el prestigio y remuneración?

Para los estructuralistas, la otra gran propuesta teórica para el estudio de la historia de las profesiones, las funciones desaparecen y queda la estructura al desnudo. El contenido de la actividad y la relación experto-cliente pierden importancia. Conciben el “proceso de profesionalización” como la explicación fundamental de la diversidad de propiedades y características típicas de las profesiones modernas; para ellos muchos grupos ocupacionales todavía no han logrado concluir el camino hacia la profesionalización (Abbot, 1988: 19).

Según Abbot el problema en la teoría y la historia de las profesiones está en los errores y las contradicciones en que ha incurrido, desde las definiciones y conceptos. Para algunos el ascenso de las profesiones es una historia del conocimiento de los que triunfan en la práctica la historia de Pasteur y Osler y Schweiter. Para otros es una crónica del monopolio y la mala administración de justicia por servidores del poder, de hombres de Medicina de Rockefeller. La mayoría asume que las profesiones crecen pasando por una serie de estados, llamados profesionalización. La mayoría habla menos

acerca de qué hacen las profesiones que acerca de cómo ellas están organizadas haciendo eso.

Por todo lo anterior, Abbot propone que la complejidad de las profesiones individuales fuerza al estudio de caso por caso. El foco sobre un patrón implicó, en su momento, la búsqueda de sus orígenes y llevó a la idea de un proceso común de desarrollo: la idea de la profesionalización. Pero la profesionalización fue, a lo mejor, un concepto errado porque envuelve más las formas que los contenidos de la vida profesional. Ignora quien está haciendo, que, a quién y como, concentrándose en cambio sobre asociación, licenciatura, códigos de ética. En efecto, no solamente evita los contenidos de la actividad profesional, sino también la mayoría de las situaciones en las cuales esta actividad ocurre (Abbot, 1988: 1).

Abbot propone un modelo teórico sólido para el estudio de las profesiones, en especial introduce matices a la teoría de la clausura, apela fundamentalmente al concepto de jurisdicción para superar el concepto más limitado de profesionalización, dirige la atención sobre la importancia de la capacidad de abstracción y llama la atención sobre las actividades rutinarias en la vida del profesional. Propone la separación esencial en toda investigación de los “practicantes” profesionales, de los incorporados al sector académico, que se ocupan sobre todo de las elaboraciones abstractas. Algunos de estos conceptos van a ser retomados por autores de la corriente neo-funcionalista entre los cuales han sido inscritos Burrage y sus colaboradores (González Leándri, 1999: 28,51); y sugiere que para que este análisis de la teoría de la historia de las profesiones sea completo, se debe inscribir en ella la obra de Pierre Bourdieu, citado al inicio, a quien algunos autores sitúan dentro de una misma cosmovisión de “clausura” propia de la corriente neo-weberiana.

Burrage y sus colaboradores en un intento de ordenar y de proponer una teoría conciliadora que afrontará el desafío de la investigación futura de la historia de las profesiones, se sugirió establecer parámetros y pautas comunes que pudieran orientar los estudios. Es así como proponen un esquema, como conjunto teórico, que incluye los grupos y las organizaciones cuyas acciones, se han considerado por las investigaciones previas, determinantes en la forma y el éxito o el fracaso de una profesión. Diferenciar a los médicos-profesores de los médicos-practicantes, retomando la propuesta de Abbot.

Los mismos autores reconocen que el uso de este esquema que concilia las teorías existentes y sin duda ofrece una forma de hacer investigación global sobre Historia de las profesiones e investigaciones comparativas, pudiera traer la atención de los nuevos estudios sobre temas ya superados desde el funcionalismo.

### **3. 2. ANÁLISIS HISTÓRICO DE LOS DISCURSOS MÉDICOS**

El papel de la base de conocimiento en el desarrollo de las profesiones es todavía un área de visible desacuerdo: algunos autores defienden la teoría de que las profesiones están principalmente basadas en las habilidades de expertos (skills), aceptando que la retórica no es crítica en ellos. Otros niegan la importancia de los conocimientos profesionales y los igualan, en importancia, para el éxito o fracaso de una profesión, con la retórica y la ideología. Una tercera posición en el debate, derivada de Foucault, trata las profesiones como “un campo de discursos”, los cuales estarían dominados por los intereses de las disciplinas (González Leándri, 1999: 64).

También se reconoce que un análisis de este componente de los estudios médicos es necesariamente incompleto, si no se incluye en él la obra teórica de Michel Foucault, corriente que tanto por adhesión como por oposición, ha influido muy profundamente en la investigación y estudio de la historia de la Medicina, desde sus prácticas discursivas (Fontana, 1992: 37,84,164), (Santana Pérez, 2005: 131).

La amplia obra de Foucault es referida de diferentes maneras por varios historiadores (Fontana, 1992: 87-100 ; Santana Pérez, 2005), él mismo se define como historiador del pensamiento y se distancia de la historia de las ideas. Lo que no admite duda para la mayoría de los que se adentran en el pensamiento de Foucault es la complejidad de sus propuestas (Horrocks & Jevtic, 2006).

Por tanto se hace necesario, desde el inicio de la aproximación a Foucault, diferenciar dos tipos distintos de aportes a la historiografía médica. La contribución a la Historia de la Medicina referente obligado para este trabajo de investigación (Foucault, 1987 ; Foucault, 1993a ; Foucault, 1993b). Y por otra parte los aportes metodológicos (Foucault, 2004), más difíciles de operativizar, que trabajados con acierto por algunos de sus seguidores (Arouca, 1975 ; Arouca & Márquez, 1974 ; Duarte Nunes, 2002;

Zuluaga de Echeverry, 1987), se constituyen en herramientas prácticas para la investigación histórica y el análisis histórico de los discursos.

Con el propósito de aclarar los conceptos sobre el análisis histórico del discurso o se transcriben las siguientes proposiciones:

La historia arqueológica estudia las prácticas discursivas en la medida en que dan lugar a un saber. De lo que se trata es de hacer la descripción pura de los hechos del discurso, que no se confunde con un análisis lingüístico, pues se trata de un conjunto siempre finito y actualmente limitado por las únicas secuencias lingüísticas que fueron formuladas, donde se procura comprender el enunciado en la estrechez y singularidad de su acontecimiento (Arouca, 1975: 33).

Transformando los documentos en “monumentos” “y así, donde se veía un solo documento se despliegan múltiples elementos. El problema que le sigue es construir las series, y series de series y cuadros, de elementos definidos, organizados en sus relaciones de espacio y cronologías para tratar de buscar sus verdaderas relaciones y las reglas que las rigen” (Foucault, 2004: 11).

### **3. 2. 1. LOS CONCEPTOS DE ENFERMEDAD Y SALUD INDIVIDUAL**

En la presente investigación se trató de describir y re-construir las llamadas “mentalidades médicas”, o corrientes de pensamiento médico, que se pueden identificar en el discurso difundido entre los médicos en determinada temporalidad. Es de mucha importancia comentar la contribución que, desde el estudio de la historia de las ideas y de los conocimientos que manejan los médicos, hizo Lain Entralgo para el periodo decimonónico y comienzos del siglo XX, y que para algunos historiadores de la Medicina han persistido como formas de pensamiento en los médicos durante todo el siglo XX, y XXI (Quevedo V., 1992).

Las orientaciones del pensamiento médico con respecto a la enfermedad en el siglo XIX, de los cuales es expresión la patografía (historia clínica o descripción del acto médico) y desde donde Laín Entralgo propone su teoría, son llamadas por él inicialmente “método anatomoclínico” y después “mentalidades”, por estar referidas a la “mente” del observador, en este caso el médico (Laín Entralgo, 1961: 263). En un

análisis posterior del tema los llamó paradigmas o modelos (Lain Entralgo, 1982). Se escoge el término concepción de la enfermedad, definido por Lain Entralgo como el modo de entender científicamente la enfermedad, así en lo relativo a su determinación como en lo concerniente a su apariencia específica. Dice Lain Entralgo:

La concepción de la Medicina en la sociedad occidental para el periodo del positivismo, desde las mentalidades u orientaciones del concepto de enfermedad en el periodo del Siglo XIX, en lo tocante al saber clínico y patológico, son tres, que entre 1848 y 1914 van a orientar el pensamiento y la operación de los médicos occidentales: la anatomo-clínica, la fisio-patología, y la etio-patología.

Hasta los decenios centrales del siglo XIX el médico poco sabía científicamente de las causas de las enfermedades humanas. La etiología no solía pasar del orden de las conjeturas, cuando no de la fantasía. Sólo el desarrollo de una toxicología solvente, a partir de Orfila y Magendie, y sobre todo la rápida construcción de una microbiología patológica por obra de Pasteur, Koch y sus continuadores, pudieron objetivar de manera científica el saber etiológico y darán lugar a una nueva orientación del pensamiento médico, Klebs será su más destacado paladín. (Lain Entralgo et al., 1972: XI).

Para Lain Entralgo, más o menos puramente profesadas o entremezcladas con predominio de una u otra, estas *mentalidades* rigen científicamente en el filo del siglo XIX y XX. Con los descubrimientos de Bernheim en Nancy, Pierre Janet en Paris y Freud en Viena, se da un nuevo elemento a la conceptualización de salud–enfermedad, es decir, de una nueva mentalidad, que él llamo “constitucional”. Estas formas de conceptualizar la enfermedad y su descripción, para la búsqueda analítica en el presente trabajo, pueden ser resumidas, de la siguiente manera.

“Anatomoclínico”: caracterizado por la subordinación del cuadro sintomático a la lesión anatómica, considera la enfermedad como alteración de la “forma orgánica” [morfología]. Se caracteriza también por la búsqueda de “signos físicos” capaces de revelar en vida la existencia y la índole de la lesión fundamental (Lain Entralgo, 1961: 263). Dos son los pilares conceptuales de la Anatomoclínica: la atribución de un carácter fundamental a la lesión anatómica y la primacía semiológica del signo clínico. La enfermedad es lo que en el organismo sucede por obra de la lesión anatómica que la



determina. De ahí que sean cada vez más numerosas las entidades nosográficas<sup>6</sup> concebidas y nombradas según la lesión anatomopatológica que las determina (apendicitis, tuberculosis, siringomielia, etc), y de ahí también la fuerza que toma como disciplina fundamental del saber médico la anatomía-patológica pura.

Signo físico es, no sólo el dato acústico o químico (como la auscultación del tórax, la presencia de albúmina en la orina) que permite colegir con suficiente certidumbre la existencia de una determinada alteración anatómo-patológica. También el síntoma espontáneo y la respuesta orgánica provocada, capaz de ofrecer al médico una conclusión diagnóstica que permita localizar “la lesión”. Por eso, la visión directa de las lesiones ocultas (oftalmoscopio, rayos X, biopsia) se constituyen en el gran éxito de la mentalidad anatomoclínica (Lain Entralgo et al., 1972: XI).

Para el caso de la concepción del método anatomoclínico descrito y conceptualizado por Lain Entralgo, considerando que el texto original, fuente primaria de estos conceptos, aporta material invaluable para posteriores estudios, se hizo un documento de trabajo, en forma de resumen sistematizado, basándose en las referencias textuales que hace este autor del relato patográfico.

“Fisiopatológico”: caracteriza la enfermedad como la alteración en el proceso energético y material en que la vida parece consistir. A la visión de la enfermedad como forma se opone la consideración de la enfermedad como proceso. La expresión patográfica de esta concepción de la enfermedad es la revaloración de síntoma, lo que expresa el paciente (Lain Entralgo, 1961: 263).

Para Lain Entralgo, es la visión científica de la enfermedad lograda por el grupo de investigadores que convirtieron la especulativa *Naturphilosophie* romántica, en la positiva y objetiva *Naturwissenschaft* de la segunda mitad del siglo XIX. Puesto que en el laboratorio la vida se manifiesta como un flujo energético y material peculiarmente configurado, el accidente vital que llamamos “enfermedad” será científicamente conocido cuando el patólogo<sup>7</sup> haya logrado medir las alteraciones que en cada proceso morboso nos hacen patente el desorden de ese doble flujo, establezca luego relaciones típicas y comprensibles entre sus medidas, ayudado por el experimento en el organismo

---

<sup>6</sup> Nosografía: descripción de la enfermedad.

<sup>7</sup> Patólogo: conocedor, experto en las enfermedades

animal, alcance por fin a conocer la estructura fisico-química de los mecanismos causales del proceso en cuestión.

La Fisiopatología dio seis pasos fundamentales desde sus inicios hasta consolidarse como conceptualización de la enfermedad a principios del siglo XX.

1. La consideración del síntoma espontáneo en términos de un proceso visible y medible como la fiebre y las curvas de temperatura, los estudios calorimétricos, los desórdenes del ritmo del corazón y el pulso, la medición de la presión arterial con los esfíngogramas (hoy tensiómetros), los trastornos del metabolismo por los estudios de la química médica.

2. La invención de la “prueba funcional”, que sigue a una exigencia biológica rigurosamente planeada y calculada, el experimento, como las pruebas funcionales en la diabetes, en las enfermedades del riñón y del hígado.

3. La consideración del curso de la enfermedad como un proceso continuo y medible: la transcripción de la historia clínica en una serie de cifras analíticas y trazados gráficos.

4. La interpretación del “signo físico” como “signo funcional”, como los signos cardiacos y la interpretación como alteración de la función de la química de la orina y la sangre.

5. La búsqueda de síntomas y signos nuevos a los que se les da nuevas interpretaciones funcionales.

6. La introducción del “laboratorio de análisis” y del “laboratorio de patología experimental” en la estructura de los hospitales (Lain Entralgo et al., 1972: XI)

“Etiológica”: caracteriza la enfermedad, antes que como una forma o un proceso como una “consecuencia” determinada por la índole de las causas que la producen. Para que esto ocurra, fue necesario que en forma preliminar se diera la “objetivación etiológica”. La bacteriología, la toxicología y la genética han sido las disciplinas que permitieron considerar a la enfermedad como una “consecuencia” etiológicamente determinada (Lain Entralgo, 1961: 263).

Un nuevo modelo de pensamiento sobre un concepto más social de salud y enfermedad, ha sido propuesto desde finales del siglo XX. Se remite a la obra del Dr. Quevedo Vélez sobre la teoría social de la salud y enfermedad: su propuesta se gesta desde

los investigadores sociales de la Historia de la Medicina, con tendencias más integradoras, como una visión humanística al quehacer del médico. Es el soporte teórico que usaré, para buscar esta forma de pensamiento médico en los discursos que se usaron en la enseñanza de los profesionales médicos en Cartagena, para el periodo estudiado. Esta propuesta es realmente un reto para el futuro.

A las ciencias de la salud les hace falta construir una teoría de "lo social" que, desde una teoría del conocimiento no positivista, permita, por una parte, reelaborar la conceptualización del proceso-salud enfermedad y, por otra, como consecuencia, rediseñar su capacidad operativa para identificar, evaluar y manejar los problemas relacionados con la enfermedad y la salud de las comunidades. El primer paso que hay que dar, es la superación de los obstáculos epistemológicos conformados por el positivismo del paradigma gnoseológico moderno, hacia la concreción de una teoría social del conocimiento de la salud y la enfermedad y el segundo es abrir el camino hacia la construcción de esta teoría de lo social. (Quevedo V., 1992: 2)

### **3. 2. 2. LOS CONCEPTOS DE MEDICINA SOCIAL**

Foucault propone para el siglo XIX y XX, tres direcciones de la Medicina Social: la Medicina del Estado, la Medicina Urbana y la Medicina Laboral (Foucault, 1993a: 88-105). La Medicina del Estado la primera dirección, de la mal llamada "Medicina Social", porque toda Medicina, es una construcción social fue desarrollada en Alemania y centrada en mejoramiento de la salud de la población desde el siglo XVIII–XIX. Consiste en un sistema complejo de observación de las enfermedades (que va más allá de las simples tablas de nacimientos y muertes), sacado de los informes de los médicos y hospitales y conlleva un registro propio del Estado de las epidemias y endemias.

Dentro de esta forma de Medicina del Estado hay una organización administrativa que controla la actividad de los médicos. Es así como el Estado nombra funcionarios, con responsabilidad ante el Gobierno, para el control de las regiones. Este control sobre el saber médico estatal y la subordinación de las organizaciones médicas al Estado son los elementos característicos de la Medicina del Estado.

La Medicina Urbana. Es la siguiente dirección de la Medicina Social y esta representada en Francia, en donde a fines del siglo XVIII había una Medicina no apoyada sobre la estructura del Estado, como en Alemania, sino espontáneamente por el fenómeno de la urbanización en una sociedad confusa y desordenada, con muchos poderes seculares y eclesiásticos con autonomías propias, que necesitaba unificar ese poder urbano conciliando los distintos poderes económicos de los comerciantes a nivel nacional como internacional. Había la necesidad de construir la ciudad como unidad y organizar el cuerpo urbano, regido por un poder único y bien reglamentado que controlara los fenómenos médicos y políticos por el enfrentamiento de clases y se tomó el viejo modelo de la cuarentena como una respuesta al control de las epidemias, y su variación refinada la Higiene Pública.

La Medicina Urbana se caracteriza por analizar los lugares de acumulación y amontonamiento que pueda provocar enfermedades; de allí nacieron los cementerios en las afueras de la ciudad. También se controla, desde la teoría miasmática, la circulación de los individuos y de las cosas (el agua, el aire y los alimentos) y su distribución. Por lo tanto la Medicina se puso en contacto con las ciencias naturales que le son afines, como química y la física a través de la Medicina Social y no de la Medicina privada.

A finales del siglo XVIII aparece la noción de salubridad. Salubridad no es lo mismo que salud, pues se refiere al estado del medio ambiente y los elementos constitutivos de ésta que permiten mejorar la salud. Salubridad es la base material y social capaz de asegurar la mejor salud posible de los individuos. Y de allí el concepto de Higiene Pública como la técnica de control y de modificación de los elementos del medio ambiente que puede favorecer o perjudicar la salud.

Salubridad e insalubridad significan el estado de las cosas y del medio en cuanto afectan a la salud; Higiene Pública es el control político-científico de este medio. El concepto de Higiene Pública aparece después del de salubridad y abarca lo esencial de la Medicina Social en la Francia de principios del siglo XIX.

La Medicina Laboral, la tercera dirección de la Medicina Social, la analiza Foucault desde el ejemplo inglés. La Medicina de los pobres, de la fuerza laboral, del obrero no fue la primera meta de la Medicina Social sino la última. Inicialmente los pobres no se

consideraron un peligro médico por varias razones: la ausencia de grandes hacinamientos, era necesario para la existencia urbana, “instrumentaban la vida”.

Es en Inglaterra, con el gran desarrollo industrial y por consiguiente el desarrollo más rápido del proletariado, donde se hace más notoria esta nueva forma de Medicina Social. Se caracteriza por las disposiciones de la ley que implican un control médico del indigente. El pobre se beneficia del sistema de asistencia y queda en la obligación de someterse a los controles médicos. La asistencia, protección y control se convertirán después en un servicio autoritario no de los cuidados médicos, sino del control médico de la población.

### **3. 2. 3. MEDICINA PREVENTIVA**

Arouca estudia la emergencia de la Medicina Preventiva como ideología, desde las nociones de medidas preventivas, desde la postura del materialismo histórico, asumiendo que la historia de la Medicina refleja la historia de una totalidad social de los diferentes modos de producción (Arouca, 1975: 51).

Luego de un recorrido histórico por la emergencia del “discurso preventivista” en Estados Unidos y su expansión a la periferia, en este caso Latinoamérica, propone unos principios básicos, atribuidos a la consolidación de ese discurso (Arouca, 1975: 16). Entre ellos, asumir que las enfermedades son el resultado de un proceso que sigue una historia natural y tiene múltiples causas que son del individuo y del agente. La Medicina Preventiva, para ser efectiva, debe interrumpir el proceso. La normalidad y la salud son atributos relativos que requieren medidas estadísticas y la salud también es multifactorial.

Por último ofrece las formas o elementos que toma el discurso y permite reconocerlo en los estudios médicos (Arouca, 1975: 81) ya que este nuevo discurso implica herramientas prácticas en su ejercicio profesional, con las nuevas responsabilidades que la Medicina Preventiva le exige. Se trata de reconocer, además de la creación de los departamentos de Medicina Preventiva, las asignaturas de epidemiología, con una nueva visión bio-estadística, ecología, higiene materno-infantil, higiene mental,

saneamiento ambiental, ecuación sanitaria, administración, organización comunitaria y trabajo en equipo con los otros integrantes del “equipo de salud” (Arouca, 1975: 102).

### 3. 3. ¿FORMACIÓN, EDUCACIÓN O ENSEÑANZA? DE LA MEDICINA COMO PROFESIÓN

#### 3. 3. 1. LA HISTORIA DEL CONCEPTO DE “FORMACIÓN” (BILDUNG)

Al iniciar este trabajo de investigación partimos del estudio del concepto de Formación del autor alemán Vierhaus (Vierhaus, 2002). Este autor hace un recorrido histórico de la filosofía de la formación o educación y hace claridad sobre la génesis del concepto en el idioma alemán. Para Vierhaus, el moderno concepto de formación nace con la primera definición por Mendelssohn, en 1784, de ilustración (Aufklärung), cultura (Kultur) y formación (Bildung), menciona el uso y el significado unificado que la mayoría de las personas le dan a los tres términos y como la “formación” se abre camino hacia un uso mas amplio en el ámbito de la pedagogía, de las ciencias de la educación y la “formación” en general, pero también en el pensamiento y la discusión sobre el hombre y la humanidad, la sociedad y el Estado hasta ocupar un lugar importante en la lengua alemana.

El concepto adquirió en Alemania, hacia 1800, un uso importante estético, filosófico y pedagógico al igual que una sobrecarga ideológica que solo es posible entender, según este autor, en el contexto del desarrollo social y estatal de Alemania y un equivalente del concepto alemán de Formación no es posible encontrarlo en todo su contenido significativo en otros idiomas, ante todo no es posible rastrear su preponderancia por sobre otros conceptos como “educación” o “enseñanza” y “civilización”.

En la segunda parte del siglo XVIII, el concepto de formación se había extendido entre los escritores y lectores alemanes y ya tenía tanta relevancia que propasaba el concepto de “ilustración” y se le concedía a la educación el papel de intermediaria para su realización; la autentica formación.

Con la Revolución Francesa vino un juicio negativo de la ilustración como proceso de ruptura. Los hombres cultos ilustrados y liberales se veían precisados a defender la

“verdadera” ilustración y formación con el argumento, creído por la gran mayoría, que inhibía la revolución puesto que estimulaba el sentido de reforma tanto en los dirigentes como en los dirigidos y que el sentimiento que despertaba la comprensión, la razón, la solidaridad humana en la sociedad y el Estado en una medida progresiva. Era la fe de los hombres cultos alemanes y resultado en parte de la excesiva confianza en el poder de la formación.

Fue Hegel en 1811 quien expone en su idea de formación que el hombre no es por naturaleza un ser espiritual, y de razón tal como debería ser, sino que requiere de la formación para lograrlo. Después en 1830 Hegel vuelve a exponer su concepto de formación y señala la relevancia histórica: lo que el hombre tiene que ser, sólo lo alcanza mediante la formación y la disciplina de si mismo. Debe sacudirse lo natural. El espíritu es por tanto su propio resultado. Ningún otro pensador definió en forma más clara la relación entre “formación” y “espíritu” y su dependencia histórica concreta que por Hegel.

En el curso del siglo XIX se hacen críticas al concepto de formación humanista alemana que se aunaba con el rechazo de la “formación clasista” burguesa, un optimismo en la formación que surgía de la convicción de que la formación hacia a la persona libre. El movimiento obrero politizado tenía el concepto de la “formación obrera”, que tendía a informar al trabajador sobre el desarrollo económico y hacerlo conciente de su posición en el mundo haciéndolo apto para la agitación y para la comprensión de la formación burguesa y discutir con los hombres cultos burgueses.

También hubo críticas a la formación humanista alemana desde el pesimismo cultural, como ejemplo de parte Nietzsche. Nietzsche se espantó ante el orgullo filisteo culto de su cultura alemana, como él la concebía, y el saber libresco que consideraba formación. Ante esto expuso el estrechamiento y la concentración, el fortalecimiento y la auto-moderación de la formación.

Para Vierhaus en el idioma alemán actual no se puede trazar una nítida división conceptual entre: formación (Bildung) y educación (Ausbildung) (William Collins Sons & Co, 1986: 292). En términos generales se podría decir que el concepto “educación” contiene un acento más activo. Sin embargo, para este autor persiste en uso el

significado más antiguo de la palabra “formación” en alemán: producir, dar forma. (Bild) (William Collins Sons & Co, 1986: 41).

### 3.3.2. EL CONCEPTO FORMACIÓN EN GADAMER

Para Gadamer el concepto formación (Bildung) es el pensamiento más grande del siglo XVIII. Gadamer vuelve históricamente sobre Hegel que establece dos modos complementarios de formación: práctica y teórica. Formación práctica es el distanciamiento del deseo inmediato, de la necesidad personal y del interés privado (Gadamer, 1993: 41). La formación teórica es el aprender a aceptar la validez de lo general, lo objetivo en su libertad sin interés ni provecho propio (Gadamer, 1993: 42), la formación teórica, es el saber aceptar la validez del otro y subyace a la formación práctica en cuando es en el proceso mismo del lenguaje y las costumbres que la persona se va formando.

En su concepto de formación Gadamer trae otros conceptos como el concepto de tacto, la capacidad de evitar, de expresar lo innecesario de mantener la distancia de evitar lo chocante de molestar al otro (Gadamer, 1993: 42).

El concepto de *sensus communis* y la idea de la elocuencia, como el arte de decir las cosas bien, y en el mejor sentido, decir lo correcto, lo verdadero y lo justo, que es para Vico el ideal de formación, que junto con la prudencia y el sentido común de la convivencia, son el ideal de formación. Sin embargo entiende que con el tiempo el sentido de la formación se fue devaluando en un mero sentido correctivo de la educación.

Para Gadamer, el problema de la formación está en consecuencia con la capacidad de reconocer la autoridad (Gadamer, 2006: 1158-1163), pero es una autoridad que descansa en el conocimiento, de un modo de ser y saber que reconoce la “verdadera” autoridad, es un reconocimiento de saber, por ello no se otorga se adquiere. Tiene que ver con la visión que se tiene del otro, por la imagen que se forja de él, por la vinculación moral y política que tenga ese sujeto, por eso dice que la autoridad solo se gana en la práctica de la vida.



Por eso esta autoridad no tiene que mostrarse autoritaria, porque no es una superioridad de poder, todo lo contrario no puede mostrarse irracional, para ser es imperativa la razón, es presuponer en el otro un conocimiento superior que supera mi propio juicio. Obedecer, en este caso, significa que el otro puede ser mejor que uno (a) mismo.

Para Gadamer este saber tiene varios componentes o dimensiones. Puede ser un saber objetivo, lo que los griegos denominaban *tejne*, un conocimiento de lo fabricable, capaz de alcanzar su propia perfección. También puede ser un saber práctico, de lo no transformable, aquel al que se apela cuando se necesita tomar una decisión fundamental, incapaz, por su esencia, de alcanzar la propia perfección y los griegos lo denominaban *Phronesis*: el saber que dona el sentido que sabe elegir y aplicar lo correcto. Ese saber práctico, tiene relación con el saber teórico (*episteme*), pero no lo reemplaza ni es suficiente, ni absolutamente necesario.

Para Gadamer en últimas el ser humano toma sus decisiones concretas por su racionalidad práctica y para eso no depende de las enseñanzas del maestro. Las enseñanzas de un maestro pueden ofrecer cierta ayuda pero no hay un criterio fijo, una idea precisa que guíe con certeza la correcta aplicación de ese saber práctico. El maestro podría ayudar en las ciencias que constan de discursos atrayendo al estudiante a la reflexión.

Para Gadamer el saber objetivo (*tejne*) es enseñable y aprendible y su eficiencia no depende de la clase de persona que se sea en lo moral o en lo político. Esa es la razón por la cual el entendimiento es mayor entre técnicos que entre políticos, entre sacerdotes que entre maestros.

Gadamer ve el conflicto o más bien la confusión en las “profesiones basadas en la formación científica” y pone de ejemplo la Medicina que para él “presenta un carácter modelico especial”, esta es una profesión de una ambigüedad irremediable. En la Medicina se presenta la incertidumbre de los límites de la competencia del saber objetivo, el saber práctico y el saber teórico. (Gadamer, 2006: 163).

En el proyecto inicial de esta tesis se usaba el término formación para referirse a su sentido original de dar forma y no a la formación del hombre o educación (Zuluaga de Echeverry, 1987: 25,30). Se suprimió el término formación del título que inicialmente se

le dió para evitar el acento sobre la formación integral (en la concepción gadameriana) con miras a conservar la rigurosidad del concepto que excede los límites documentales y los objetivos propuestos en esta investigación.

### **3. 3. 3. ENSEÑANZA DE LA MEDICINA**

Como se mencionó arriba en el marco teórico esta tesis se inscribe en la línea de Historia de la Educación Universitaria y aborda el problema desde la perspectiva de la sociología histórica, usando los conceptos de campo de Bourdieu y de la teoría de las profesiones de González Leandri. El conocimiento básico de enseñanza de los médicos se aborda mediante el análisis histórico de los discursos tomando como referente los paradigmas o modelos de pensamiento médico del siglo XIX y XX, con respecto a la enfermedad, propuesta por Lain Entralgo (Lain Entralgo, 1961), la Medicina Social propuesta por Foucault (Foucault, 1993b) y la Medicina Preventiva propuesta por Arouca y Almeida-Filho (Almeida-Filho, 2000; Arouca, 1975).

Al igual que la mirada hermenéutica de Gadamer nos presenta la enseñanza de los saberes, como saber objetivo distinguiéndolo del saber práctico y de la formación espiritual del hombre también desde la sociología histórica González Leandri (González Leandri, 1999: 11) señala el carácter objetivo de la enseñanza de las profesiones modernas desde el ideario victoriano que tiende a valorizar el “*self made man*”, la noción del propio esfuerzo y el ideal profesional que pone énfasis en la figura del experto que adquiere su condición por el entrenamiento prolongado y la selección por méritos llevada a cabo no por el mercado, sino por el juicio de sus pares que caracteriza a los profesionales.

En la teoría de las profesiones propuesta en el marco teórico se propone la definición de médicos-profesores para los sujetos de enseñanza en los estudios médicos, ya que a estos profesionales se les reconoce como docentes no por el método de enseñanza sino porque transmiten un saber; no son pedagogos o maestros, entendiéndose por este último el sujeto del saber pedagógico (Zuluaga de Echeverry, 1987: 15) y por pedagogía

la disciplina que conceptualiza, aplica y experimenta los conocimientos referentes a la enseñanza de los saberes específicos en las diferentes culturas.

Evitando así confundir pedagogía con algo tan amplio como todas las prácticas de enseñanza, es decir, confundir docencia con pedagogía y al maestro con los profesores (Zuluaga de Echeverry, 1987: 21,61).

En las Facultades de Medicina no se inició la formación pedagógica y didáctica de los profesores, al igual que en otras profesiones en Latinoamérica, hasta finales del siglo XX, unido al discurso de calidad, lo que condiciona la falta de énfasis en el aspecto de la “formación” del personal de salud en el periodo estudiado (De Tezanos, 2002). Existe la necesidad de estimular el estudio de las tendencias pedagógicas y los métodos de enseñanza, didácticas, en Medicina. Estas dos disciplinas aunque centrales a las ciencias de la educación si pretendemos estudiar y buscar respuestas para una verdadera Formación de los hombres (Zuluaga de Echeverry, 1987: 21, 100,120) exceden los objetivos de la presente investigación, que es una primera mirada desde la historia social a la enseñanza de la Medicina en Cartagena.

La denominación estudios médicos se conservó en el estado del arte haciendo referencia a los estudios sobre las facultades de Medicina y la enseñanza de la Medicina conservando el término usado en los documentos fuentes siguiendo el rigor de la investigación histórica, teniendo presente que en historia de los saberes las mismas palabras no son las mismas cosas. Encontramos, en el cuerpo de documentos, que se hace referencia a la enseñanza de la Medicina, en la literatura especializada, desde inicios del siglo XX, por los profesores de Medicina que vieron en la Misión Francesa a inicios de la década de 1940 (Latarjet et al., 1931) y en los documentos de la FMCN-C, inclusive después de las misiones norteamericanas (Los Redactores, 1953b: 35).

Con respecto a la denominación de educación médica emerge como una noción en la historiografía médica norteamericanos desde comienzos del siglo XX con el informe de Flexner (Flexner, 1910) y es usada por los historiadores de la Medicina norteamericana (Ludmerer, 2000) durante todo el periodo de estudio. El término educación médica se encontró en los documentos en Colombia desde las primeras reuniones de profesores en 1945 seguidas de las conferencias de Decanos de 1950 (Henaó Mejía et al., 1950)

auspiciadas por los médicos profesores de la Universidad de Antioquia que habían realizado estudios de especialización en Estados Unidos y que incian la transformación de los estudios médicos siguiendo la influencia norteamericana.

La denominación flexneriana de educación médica para referirse a los estudios médicos y la enseñanza de la Medicina toma fuerza en Colombia con la visita y la influencia de la Misión Médica Unitaria de 1948 (Humphreys II, 1950) y la Misión Lapham de 1953 (Lapham; Goss & Berson, 1954), institucionalizada en todas las facultades de Medicina con la creación de ASCOFAME y la Asociación Nacional de Universidades en 1959 (Colombian Association of Medical Schools, 1974: 17). Fue apropiada por los profesores y alumnos y se hizo de uso común entre los investigadores de los estudios médicos y las publicaciones de la profesión médica (Hernández Álvarez & Quevedo V., 1992), no solo en Colombia sino en toda Latinoamérica y en 1952 se realiza el primer Congreso de Estudios médicos en Lima (Bejarano, 1952).

Esta denominación también es usada por los historiadores de la Medicina latinoamericana como Arouca (Arouca, 1975: 11) que en su investigación señala la transformación del modelo flexneriano de especializaciones a la influencia de la actitud prevencionista ya en el tercio final de del siglo XX (Arouca, 1975: 19). Esta investigación también nos muestra la presencia de elementos de una propuesta de educación para los estudios médicos latinoamericanos.

Para conservar la conceptualización de formación y educación se utiliza la denominación de estudios medicos y no de estudios médicos para referirnos a las investigaciones previas de la enseñanza institucionalizada de la Medicina.

## 4. MÉTODOS Y OBJETIVOS

### 4.1. EL PROBLEMA

Durante su existencia de más de 170 años, la Universidad de Cartagena ha tenido escuela o facultad de Medicina y contribuido con los médicos graduados a la moviliad social. Los médicos graduados en esta facultad de Medicina han estado presentes en la vida social, política y cultural de Cartagena, la región y el país(García Usta, 2000a ;

García Usta, 2000b). Sin embargo la presencia o referencia a los estudios médicos en Cartagena es escasa a pesar de ser la única Facultad de Medicina del Caribe Colombiano durante el Siglo XIX y gran parte del Siglo XX.

La escasez de estudios sobre la Universidad de Cartagena y de los estudios médicos en particular, desde la perspectiva histórica, no es ajena a otras áreas. Para el periodo del Siglo XX, hay un vacío historiográfico de la ciudad y la región, que ha sido notado y puesto de presente por los mismos historiadores (Solano, 1998).

El tema específico de los estudios médicos y los profesionales médicos es un tema de interés general en un país como Colombia donde crece desmesuradamente el número de facultades de Medicina (ICFES. Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior, 1985) sin un reconocimiento de los procesos de pensamiento. Por ello se hace necesaria una reflexión, basada en la investigación, de nuestros programas e instituciones.

Esta investigación pretende estudiar con rigor científico, desde la perspectiva histórica, un problema de la educación superior, en este caso los estudios médicos de la Universidad de Cartagena, desde la teoría de las profesiones y la enseñanza de la Medicina, tomando como referente conceptual los “actores sociales” que intervienen y se interrelacionan en ese campo intelectual, centrándonos en la influencia del Estado, la Universidad, los profesores y las asociaciones médico-científicas. Se buscó identificar las diferentes corrientes de pensamiento médico que componen la base de conocimientos del médico graduado en la Facultad de Medicina de la Universidad de Cartagena y con que corriente de pensamiento hegemónico internacional se puede identificar.

#### **4. 2. PLANTEAMIENTO DE LA PREGUNTA**

¿Cuáles fueron los cambios que se dieron en la enseñanza de los profesionales en la Facultad de Medicina de la Universidad de Cartagena, en el periodo de 1908 a 1962 en términos de corrientes hegemónicas de pensamiento médico, conceptos de salud y enfermedad, Medicina Social y Preventiva y quienes fueron los actores y agentes de este cambio?

### **4. 3. PREGUNTAS SECUNDARIAS**

1. ¿Quiénes eran los profesores? ¿Quiénes eran los estudiantes?
2. ¿Cuáles fueron los Planes de Estudio?
3. ¿Cuáles fueron los ámbitos institucionales<sup>8</sup> de enseñanza teórica, práctica y estudio?
4. ¿Cómo se vinculaban los profesores, practicantes y estudiantes a la Universidad y a los lugares de práctica?
5. ¿Qué tipo de prácticas educativas se dieron durante los años de enseñanza?
6. ¿Cómo se organizaba la enseñanza de los médicos en la Universidad?
7. ¿Cuáles fueron los instrumentos usados para: verificar (diagnóstico), experimentar y de apoyo tecnológico?
8. ¿Cómo se organizaba la enseñanza de los médicos fuera de la Universidad?
9. ¿Qué se transforma cuando cambian los planes de estudio?
10. ¿Cómo se organizaron los médicos profesores y practicantes?
11. ¿Cuáles fueron las relaciones de la Universidad con la sociedad cartagenera y el Gobierno local y nacional?
12. ¿Cuál era la base de conocimiento enseñada a los médicos?
13. ¿Qué corrientes de pensamiento científico-médico se pueden identificar?
14. ¿Qué conceptos de salud y enfermedad se manejaron y cómo prevalecieron?
15. ¿Cómo se refleja la reglamentación estatal en la enseñanza médica?

### **4. 4. OBJETIVOS**

Objeto de estudio. La enseñanza de los profesionales Médicos en la Universidad de Cartagena (Cartagena, Colombia), en el periodo 1908 a 1962.

#### **4. 4. 1. OBJETIVO GENERAL**

---

<sup>8</sup> Los ámbitos institucionales de los que el médico saca su discurso y donde éste encuentra su origen legítimo y su punto de aplicación, sus objetos específicos y sus instrumentos de verificación: el hospital, la práctica privada, los laboratorios, la biblioteca (Foucault, 2004: 84).

Analizar el proceso de enseñanza de la Medicina, definido el campo como la Facultad de Medicina de la Universidad de Cartagena en el periodo 1908 a 1962, usando un modelo estructural basado en actores: la Universidad, las organizaciones de médicos (académicas, científicas, gremiales, sociales, de negocios, de cualificación) y el Estado, que permita comprender los cambios que se dieron durante el periodo estudiado.

#### **4. 4. 2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Reconstruir los planes de estudio, organización, escenarios o ámbitos institucionales, involucrados en la enseñanza de los médicos
2. Reconstruir las organizaciones que tuvieron los médicos en Cartagena
3. Analizar su influencia como actores en la enseñanza. de los médicos.
4. Reconstruir, desde la práctica educativa, las formas (estilos) de pensamiento enseñados a los médicos durante el periodo estudiado y posibilitar un análisis objetivo de las circunstancias socio-políticas que los acompañaron.
5. Analizar y proponer qué tipo de orientación y conceptos de salud y enfermedad en la enseñanza de los médicos en el periodo de estudio
6. Hacer un análisis de la base de conocimientos de los médicos con respecto a las diferentes concepciones de salud y enfermedad hegemónicas en la Medicina científica occidental y la Medicina Social en el periodo estudiado.

#### **4. 4. 3. HIPÓTESIS**

Hipótesis 1. Los médicos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Cartagena durante el periodo estudiado, recibían una enseñanza fundamentalmente para la práctica clínica individual y no asociativa.

Hipótesis 2. Los procesos de implementación de la Medicina experimental, la enseñanza de las ciencias sociales y la Medicina Social, se dieron en la Facultad de Medicina mas desde una propuesta teórica y en la practica médica en ámbitos externos a la Universidad que en la apropiación de la experimentación de la enseñanza de la

ciencias e investigación; esto permitió la persistencia de un médico clínico de práctica individual y menos tecnócrata durante el periodo estudiado.

Hipótesis 3. La debilidad en el proceso de enseñanza de los profesionales médicos capaces de ejercer liderazgo científico-investigativo en ciencias naturales, sociales y en Medicina Social, contribuyó a la escasa participación de los graduados en los proyectos y políticas de ciencia y salud y contribuye a explicar la “invisibilidad” de la Facultad de Medicina en el ámbito académico y científico nacional, de la segunda Mitad del Siglo XX.

#### **4. 5. METODOLOGÍAS**

Para esta investigación, el campo de estudio es la Facultad de Medicina de la Universidad de Cartagena. La categorización, definiciones y conceptos se hicieron, desde el marco teórico-metodológico, propuestas por las investigaciones previas. Se agregaron categorías en la medida que se adelataba la investigación en estos casos se deja constancia explícita en el texto (Bonilla Castro & Rodríguez Sehk, 2005). Se usaron las definiciones de cambio, transformación e innovación propuestas por Pedro Krostch (Krostch, 2001: 13).

##### **4. 5. 1. ESTRUCTURA BASADA EN ACTORES**

Para la investigación de la organización de la Universidad, la Facultad, los procesos de cambio en el Plan de Estudios, en los ámbitos institucionales y en las diferentes propuestas de pensamiento se utilizó la metodología de una estructura (Burrage et al., 1990), conformada por los diferentes actores que se vinculan en la enseñanza de los profesionales médicos en el campo de la Facultad de Medicina y compiten por los distintos capitales, definidos así: 1. el Estado; 2. la Universidad; 3. las organizaciones de médicos.

1. El Estado. Representado por el Gobierno central, el gobierno departamental y los ministerios. Se usó la tipología referenciada por las investigaciones previas, para analizar las políticas de Estado, en relación con sus intereses en la enseñanza de los



profesionales: Existencia o reconocimiento. Organización. Titulación. Relaciones con otros profesionales, Venta de servicios.

2. La Universidad. Se trató de definir y caracterizar la organización de la Universidad y de la Facultad de Medicina y sus relaciones con el Estado.

Los médicos, según su vinculación o no con la Universidad se definieron como:

1.1. Los médicos-profesores. Vinculados como trabajadores (empleados) a la Universidad.

1.2. Los médicos–practicantes. Ejercen su carrera por fuera de la Universidad, pero se relacionan con la Facultad de Medicina a través de los diferentes ámbitos de práctica.

1.3. Los estudiantes-profesores.

Se conformó en la medida de lo posible, el perfil del médico de acuerdo con: procedencia geográfica, enseñanza, ubicación en los planes de estudio y planes de cargo en lugares de trabajo, la Facultad, Universidad, relaciones con el Estado, políticas y académicas.

3. Las organizaciones médicas. Se definieron cuatro tipos de organización.

3.1. Asociaciones científicas y academias. Para mejorar el conocimiento básico de la profesión y para la enseñanza de la profesión.

3.2. Asociaciones sindicales o gremiales. Para defender los intereses de la profesión y también para obtener beneficio o soporte legislativo.

3.3. Asociaciones para prestación de servicios médicos (uniones de negocios).

3.4. Asociaciones cualificadoras. Buscan regular los miembros de las profesiones, los examinan o certifican. Apoyadas por el Estado o voluntarias

#### **4. 5. 2. ANÁLISIS HISTÓRICO DEL DISCURSO MÉDICO**

Para el análisis histórico del discurso se usó la propuesta de Arouca (Arouca, 1975: 22) que localiza el discurso médico, como las formas teóricas de representación contenidas en un triángulo conformado por:

1. La “Estudios médicos”. Para el el caso de la enseñanza de la Medicina en Cartagena se estudia: la organización de la FMCN-C, la Universidad de Cartagena y los Planes de

Estudios o *Pensums*. En este periodo se usaba con igual significado los términos: curso, materia, asignatura o cátedra.

2. Los conocimientos que se enseñan, definidos por la conceptualización medico-científica, descrita en el marco teórico de enfermedad para la Medicina individual por Laín Entralgo; para la Medicina Social por Foucault; para la Medicina Preventiva por Arouca.

3. Las prácticas discursivas extraídas de los documentos fuentes; estos son las publicaciones médicas del periodo estudiado y los ambitos de enseñanza utilizados en el campo de la FMCN-C. Además de las referencias a la práctica clínica se buscó, deliberadamente, la presencia o no de los métodos experimentales en ciencias naturales y sociales (diferenciándolo del apoyo de laboratorios en la práctica clínica) y la presencia de la enseñanza clínica, teórica o práctica, y la investigación.

Para lograr este objetivo de encontrar las diferentes concepciones de la enfermedad y Medicina Social y Preventiva, se analizarán los discursos disponibles, en todas las formas de comunicación de los médicos-profesores, médicos-practicantes estudiantes-profesores e instituciones del periodo estudiado. Se incluyeron publicaciones científicas y periodísticas, tesis doctorales, diarios, cartas y comunicaciones personales.

Se resalta el uso de la historia clínica como fuente primaria por varias razones. El indudable valor del relato patográfico como documento que representa el pensamiento médico-científico señalado en el trabajo de historiografía de Lain Entralgo (Lain Entralgo, 1961 ; Laín Entralgo, 1982) y de historiadores mas contemporáneos de la Medicina (Huertas, 2001). La segunda razón, es la disponibilidad de historias clínicas, como fuentes primarias de información.

Por otra parte se anota la dificultad encontrada en caracterizar y buscar la persistencia en las metas de los profesionales médicos, como categoría propuesta en el proyecto de investigación, sin embargo, en el estudio de los documentos se pudo identificar como meta persistente de los médicos del periodo. La especialización en el extranjero y la adquisición de conocimientos en la literatura extranjera, anotados en investigaciones previas.

Sólo se usó la historia oral en la búsqueda de información de las mujeres graduadas y para contrastar información de fuentes secundarias y se deja constancia explícita en los

resultados. Se usó la técnica de entrevista abierta semi-estructurada (Folguera, 1994) (Campenhout, 2001: 64-76).

#### **4. 5. 3. OBJETIVOS PARA FUTURAS INVESTIGACIONES**

No está entre los objetivos estudiar la enseñanza de la Medicina a mujeres desde una teoría de género. Se trató de identificar y hacer una descripción de la presencia de la mujer en la enseñanza de profesinales de la Medicina de la Universidad de Cartagena en el modelo metodológico propuesto para toda la investigación, tratando de comprender cómo fue la presencia de la mujer en la FMCN-C y sus circunstancias histórico-sociales.

Del mismo modo, esta investigación no pretendía abarcar el estudio de clases o mestizajes, en la enseñanza de la Medicina en Cartagena. Tampoco se incluyó, como objetivo de estudio, a los médicos egresados. Se incluirán en el análisis los hechos en referencia a ellos, desde la categoría de médicos-profesores en los ámbitos de enseñanza, en donde se relacionan con el campo de estudio.

Tampoco se plantea en los objetivos estudiar modelos o teorías pedagógicas ni los métodos con los que se enseñó la Medicina en Cartagena. Esta investigación centra sus objetivos en quienes enseñaban, qué conceptos de enfermedad de la Medicina individual, Medicina Social y de Medicina Preventiva, a qué corrientes hegemónicas repondían y en dónde se enseñaba la Medicina en Cartagena en el periodo estudiado en relación con la investigación histórico-social de la enseñanza de la Medicina definida como profesión. El análisis de la formación integral del médico, más allá de las categorías descritas incluidas en el campo de estudio, indudablemente pueden ser objetivo de otra investigación.

### **5. ARCHIVOS Y FUENTES**

Para el estudio de las fuentes se seguirán las técnicas y recomendaciones del método histórico (Aróstegui, 2001 ; Cardoso, 2000 ; Vilar, 1999). Se definió fuente primaria

como todo documento producido durante el periodo estudiado (1908-1962) o anterior a él. Son fuentes secundarias las producidas después del periodo de estudio.

## 5. 1. ARCHIVOS Y SIGLAS QUE SE USARAN PARA CITARLOS

### EN CARTAGENA:

Archivo Histórico de Cartagena: AHC  
Facultad de Medicina de la Universidad de Cartagena: FM-UC.  
Archivo General de Universidad de Cartagena: AG-UC.  
Biblioteca de Salud de la Universidad de Cartagena: BS-UC.  
Biblioteca de la Academia de Medicina de Cartagena: BAMC.  
Fototeca Histórica de Cartagena: FHC.  
Biblioteca del Banco de la República Cartagena: BBR

### EN BOGOTÁ:

Archivo General de la Universidad Nacional de Colombia: AG-UN.  
Archivo de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional: AFM-UN.  
Biblioteca Nacional de Colombia: BNC.  
Biblioteca del Banco de la República de Bogotá: BBR  
Biblioteca de la Academia Nacional de Medicina: BANM.

### EN TUNJA:

Fondo Posada, de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia: Fondo Posada-UPTC.  
Biblioteca del Museo de Historia de la Medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia: BMHM-UPTC.

### EN MEDELLÍN:

Red de Bibliotecas de la Universidad de Antioquia: RBUA.

ARCHIVOS Y BIBLIOTECAS PERSONALES.

## 6. SISTEMATIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN Y CITACIÓN BIBLIOGRÁFICA

Toda la inenseñanza se organizó en un fondo documental, dividido en carpetas que correspondieron a las tres grandes secciones de la tesis: marco teórico, metodología y resultados, organizados a su vez por las categorías y conceptos a investigar. En el caso de la documentación primaria además se hicieron carpetas que funcionan como un fondo. Todos organizados en archivos de word para textos escritos, Power Point para textos escritos e imágenes y Excel para configurar las “series de series”. Allí se consignaron las notas textuales y contextuales e interpretativas extraídas de la documentación primaria. En lo posible se hizo registro electrónico de las notas textuales de toda la documentación incluyendo aquéllos de los que fue posible obtener copia en papel, pues esto facilita el manejo de los textos.

Para la citación de la bibliografía, de todas las fuentes primarias o secundarias editadas, se utilizó el programa End-Note versión X, que es compatible con Word-Office 2003 de Windows. El estilo de citación es Author-Date, en versión Author Date-2, que es el estilo usado por los grupos de investigación del Director de esta tesis, Dr. Emilio Quevedo Vélez y en el Proyecto de Historia de la Medicina en Colombia de la cual la autora de la tesis es co-investigadora. El estilo Author-Date 2 para End-Note X es propiedad intelectual del grupo de investigación. Para las fuentes primarias de archivo no editadas se usó pie de página según las siglas asignadas en la sección correspondiente. Toda la bibliografía citada fue incluida en el texto.

Se utilizó para la localización de textos electrónicos la búsqueda mediante palabras claves, autor, título o materia, con el buscador Google y en el catálogo de la Biblioteca del Banco República y de la Biblioteca Nacional de Colombia; en todos los casos se anotó el URL.

## CAPÍTULO 1

### LA REORGANIZACIÓN DE LA FMCN DE LA UNIVERSIDAD DE BOLÍVAR

#### 1. DEL COLEGIO FERNÁNDEZ MADRID A LA UNIVERSIDAD DE BOLÍVAR

En agosto de 1902<sup>9</sup> el entonces Jefe Civil y Militar del Departamento de Bolívar, Joaquín F. Vélez, que ejercía desde Barranquilla, en respuesta a la circular del Gobierno central informa que había pedido la desocupación de los edificios dedicados a la Instrucción Pública<sup>10</sup>, fueran colegios o escuelas, que estaban ocupadas por las tropas nacionales. Esto incluía el Colegio Fernández Madrid, hoy Universidad de Cartagena. El Gobernador se comprometía a llenar la vacante del Secretario de IP y encargó al Secretario de Hacienda de Bolívar, también encargado del Gobierno Luis Patrón R.<sup>11</sup>

El secretario de IP<sup>12</sup>, se encargaría de hacer “un rápido estudio del estado de este importante Ramo del Departamento”. Es claro el hecho de que “no hay en departamento ningún colegio privado que funcione a causa de la guerra y no es posible por ahora abrir los públicos”<sup>13</sup>. En el mes siguiente se procedió a dar reapertura, después de clausurado

---

<sup>9</sup>AHC. SG. GD. Registro de Bolívar. Departamento de Bolívar Año XLIV. Cartagena, agosto 9 de 1902., no 2035, p. 184.

<sup>10</sup> En adelante Instrucción Pública se escribiera según su sigla: IP.

<sup>11</sup>AHC. SG. GD. Registro de Bolívar. Departamento de Bolívar. Año XLIV. Cartagena, febrero 15 de 1902, no 2004, p. 60. Decreto (no tiene No) de 18 de enero de 1902. “Mientras se nombra Secretario de IP, adscribábase dicha secretaria a la de Hacienda, Luis Patrón R”.

<sup>12</sup> AHC. SG. GD. Registro de Bolívar. Departamento de Bolívar. Año XLIV. Cartagena, febrero 17 de 1903, no 2103, p. 25. Gobernador del Departamento, Luis Vélez R. Cartagena. Decreto no 203 de 1903, nombra Secretario de IP a D. Luis Patrón R.

<sup>13</sup> AHC. SG. GD. Registro de Bolívar. Departamento de Bolívar. Año XLIV. Cartagena, febrero 21 de 1903, no 2105, p. 34. Decreto no 153 de 19 de enero 1903.

durante tres años, al Colegio Fernández Madrid. Con respecto a la enseñanza de las profesiones, el Jefe Civil y Militar del Departamento, Luís Vélez, dice:

Dada la situación del tesoro departamental no podría soportar el gasto del profesorado de la Facultad de Medicina (FM), Facultad de Derecho (FD) y Literatura. Por el deterioro actual del edificio no es posible abrir el internado. Se reabre para alumnos externos de la Facultad de Filosofía y Literatura.<sup>14</sup>

El Rector del Colegio Fernández Madrid será el Secretario de IP, D. Luís Patrón R, inicialmente *ad honorem*, y después en propiedad<sup>15</sup>. D. Luís Padrón se separa de este cargo para ocupar el de Gobernador Jefe Civil y Militar, y pasará a ser Secretario de IP el Dr. Juan S. Gastelbondo y Secretario de Hacienda y de Gobierno, el Dr. Camilo S. Delgado<sup>16</sup>.

La ordenanza No 30 de Julio de 1904, autoriza la contratación de la licitación para la reparación del Edificio de San Agustín “donde funciona el Colegio Fernández Madrid, y para dotar el Colegio del mobiliario necesario”<sup>17</sup>. Sin embargo, solo hasta 1905 se dicta el Decreto 100 del 15 de febrero de 1905 por el cual se reorganización del Colegio Fernández Madrid<sup>18</sup>,<sup>19</sup> y se inician los trabajos<sup>20</sup> bajo el mandato de Henrique L. Román, como Gobernador, y del Dr. Antonio R. Blanco Cabeza, Secretario de Hacienda e IP.

El Dr. Antonio Regino Blanco Cabeza (Cartagena 1873-Bogotá 1918) (Dr. Arcos, 1918), graduado como Dr. en Medicina y Cirugía en la Facultad de Medicina de la

<sup>14</sup> AHC. SG. GD. Registro de Bolívar. Departamento de Bolívar. Año XLIV. Cartagena, marzo 17 de 1903, no 2115, p.74. Decreto no 213 de febrero 1903.

<sup>15</sup> AHC. SG. GD. Registro de Bolívar. Departamento de Bolívar. Año XLIV. Cartagena, agosto 20 de 1903, no 2170, p. 293. Decreto no 555 de abril 11 1903.

<sup>16</sup> AHC. SG. GD. Registro de Bolívar. Departamento de Bolívar. Año XLVI, abril 14 de 1904, no 2.258, p. no se ve, mutilada. Decreto no 1 de febrero de 1904.

<sup>17</sup> AHC. SG. GD. Registro de Bolívar. Departamento de Bolívar. Año XLVII, abril 6 de 1905, no 2.403, p. 130. Ordenanza 30, 7 de julio de 1904. Gobernador Luís Patrón R., Secretario IP Juan S. Gastelbondo.

<sup>18</sup> AHC. SG. GD. Registro de Bolívar. Departamento de Bolívar. Año XLVII, mayo 2 de 1905, no 2.413, pp. 169-170. Gobierno departamental. Decreto No 100 de 1905,(15 de febrero). Por el cual se reorganiza el Colegio “Fernández Madrid”.

<sup>19</sup> AHC. SG. GD. Registro de Bolívar. Departamento de Bolívar. Año XLVII, mayo 9 de 1905, no 2.415, p. 177. Gobierno departamental. Decreto No 100 de 1905 (15 de febrero). El Secretario de Hacienda encargado de IP. Antonio Regino Blanco. Por el cual se reorganiza el Colegio “Fernández Madrid”.

<sup>20</sup> AHC. SG. GD. Registro de Bolívar. Departamento de Bolívar. Año XLVII, abril 27 de 1905. no 2.410, p.162. Secretaria de Hacienda, Tesorería General del Departamento. Movimiento de caja, segunda quincena marzo, 1905. Departamento de Obras públicas. Cáp. 1. Refacciones Colegio Fernández Madrid.

Universidad de Bolívar en 1896, con la tesis “Seroterapia”<sup>21</sup>. Político liberal, con cargos en el Gobierno Departamental desde finales del Siglo XIX, preso político durante la Guerra de los Mil Días, tuvo papel importante en la negociación de los tratados con Estados Unidos<sup>22</sup> después de la separación de Panamá<sup>23</sup>.

El Dr. Antonio Regino Blanco Cabeza será el más importante agente en la reorganización y transformación del Colegio Fernández Madrid en Universidad de Bolívar y en la creación de los ámbitos de práctica necesarios para que se reiniciaran los estudios médicos en la FMCN de Cartagena en el siglo XX.



Ilustración 1. Antonio Regino Blanco Cabeza (Cartagena 1873- Bogotá 1918).

Foto Rita M. Sierra Merlano. Óleo de la FM-UC.

El Decreto 100 del 15 de febrero de 1905 reglamentó “la Instrucción Profesional” en particular de los médicos durante las décadas siguientes. Las consideraciones y

<sup>21</sup> Es la primera tesis publicada de la cual disponemos del documento en papel. El presidente de tesis fue el Dr. Juan A. Fortích (Blanco Cabeza, A. R., 1897)

<sup>22</sup> AHC. SG. GD. Departamento de Bolívar. Registro de Bolívar. Año XAVI, enero 26 de 1904, no 2.223, p. mutilada. Secretaría de Gobierno. Decreto no 39 del Gobernador Jefe Civil y Militar José F Insignares y los secretarios. Se crea una comisión privada en Washington y otra en Panamá. General Dionisio Jiménez, Dr. Pedro Vélez R. Francisco de P. Manotas, Dr. Antonio R. Blanco, destinada a solicitar al Gobierno Americano por orden del Ministro de Colombia, el cumplimiento del tratado de 1846, en lo tocante a la cláusula que establece el deber de Estados Unidos de garantizar la soberanía de Colombia en el Istmo de Panamá.

<sup>23</sup> AHC. SG. GD. Departamento de Bolívar. Registro de Bolívar. Año XLV, noviembre 12 de 1903, no 2206, p. 436. Alocución del Gobernador del Departamento José E Insignares. [...] ha desgarrado la sagrada bandera de la República y constituido en el Departamento de Panamá”.



justificación de la legislación, están en clara relación con la Ley 39 Orgánica de Instrucción Pública de 1903, firmada por José Antonio Uribe (Marroquín & Uribe, 1903: De la Instrucción Profesional )<sup>24</sup>. En este decreto se hacen las siguientes consideraciones:

Que la pasada guerra dejó en tan mal estado de organización el Colegio Fernández Madrid, que se hace necesario reorganizarlo. Que debe estar en armonía con las modernas tendencias en materia de Instrucción Secundaria y Profesional. Tendencia que se sintetiza en hacer primar los estudios prácticos sobre los teóricos, lo real sobre lo ideal. Que para lograr este fin es necesidad indispensable que cada una de las Facultades del Colegio tenga el grado de autonomía necesario para poder desarrollarse fuera del estrecho molde de disposiciones generales sobre materias heterogéneas. Que conforme a las disposiciones vigentes sobre IP la enseñanza secundaria y profesional, deben estar sujetas a las bases de organización que rigen en las facultades de la Capital.

Art. 2. Constituyen el Colegio Fernández Madrid, las siguientes Facultades. 1. Filosofía y Letras (FFL). 2. Ciencias. 3. Medicina y Ciencias Naturales (FMCN). 4. Derecho y Ciencias Políticas (FDCP). 5. Matemáticas e Ingeniería Civil.

Habrá además las siguientes escuelas. Primaria y de Bellas Artes anexa a la FFL. De náutica, Comercio, Telegrafía eléctrica, Agrimensura, Agricultura, Agronomía, anexas a la Facultad de Ciencias. De Farmacia y Cirugía dental anexas a la FMCN.<sup>25</sup>

El decreto reorganiza todos los aspectos del quehacer de la “instrucción” de los profesionales médicos, deja explícito el Interés del estado en la enseñanza p´rctica profesional, la centralización en los lineamientos a seguir, la organización de la instrucción, la descentralización económica y hace responsable al Gobierno departamental de la financiación de la misma y la gratuidad de la misma. Deja la suprema inspección a cargo del Gobernador por sí mismo o por medio del Secretario de IP, y además será el encargado de nombrar al Rector del Colegio y a los Presidentes de las Facultades

<sup>24</sup> AHC. SG. GD. Departamento de Bolívar. Registro de Bolívar. Año XLV. Cartagena, noviembre 22 de 1903, no 2223, p. 504. Gobierno Nacional. Poder Legislativo. Ley 39 de octubre 26 de 1903. Presidente José Manuel Marroquín. Ministro de IP Antonio José Uribe.

<sup>25</sup> AHC. SG. GD. Departamento de Bolívar. Registro de Bolívar. Año XLVII, mayo 2 de 1905, no 2.412, pp. 165-166. Gobierno departamental. Decreto No 100 de 1905 (15 de febrero).

Se define la autonomía del Colegio Fernández Madrid, a cargo de una junta que se llamará Consejo General (CG), formada por el Rector, los Presidentes de las Facultades y los Directores de las Escuelas. A su vez las facultades estarán a cargo de una junta que se llamará Consejo de Facultad (CF), formado por el Presidente de la Facultad, los directores de las escuelas anexas y dos profesores nombrados por el CG.

Un hecho definitivo para la historia de la profesionalización de los médicos es la definición que hace el Decreto 100 del 15 de febrero de 1905 en el art. 11. Según el texto del Decreto para ser presidente o catedrático de la FMCN se necesita tener diploma de doctor en la materia, con lo que se deja establecida la enseñanza por pares de la profesión médica en la institución universitaria. Haciendo la diferenciación con los profesores de la Facultad de Filosofía y Letras a quienes se les exige solamente el diploma de bachiller. En igual sentido, se exigirá el diploma de bachiller en filosofía y letras para matricularse como alumno en la FMCN, dejando en desventaja a las mujeres para el acceso a la enseñanza profesional universitaria.<sup>26</sup>

Al declarar la necesidad de hacer primar los estudios prácticos sobre los teóricos, lo real sobre lo ideal, se hace obligatorio tener para la implementación de “las modernas tendencias”, un hospital o lugar de prácticas con los enfermos, y con los cadáveres, en las asignaturas “clínicas”, algo con lo que la Facultad de Medicina de Cartagena no contaba.

Para mediados de 1904 se hace necesario llenar las plazas de practicantes del Hospital de Caridad con los estudiantes de Medicina (Zabaleta Jaspe, 1976: 260) y los estudios habían sido suspendidos. Así lo expresa el entonces secretario de IP, Dr. J. S. Gastelbondo:

Por razón de la guerra dejaron de concurrir a las clases de Medicina los alumnos matriculados en algunos cursos, y debido a esta circunstancia no hay ninguno que haya ganado el curso de 3º año. Es necesario llenar la plaza de Practicante interino del hospital de esta ciudad, en cumplimiento del Decreto 316 de noviembre de 1904.

---

<sup>26</sup> Para las mujeres médicas en Cartagena, ver el capítulo V.

Resuelve, por esta ocasión serán admitidos al EXAMEN DE OPOSICIÓN LOS ESTUDIANTES DE 2o AÑO, GANADO, DE MEDICINA.<sup>27</sup>

Aunque la expedición del Decreto 100, que reorganiza el Colegio Fernández Madrid, es de febrero de 1905 la reapertura real de los estudios en la Universidad de Bolívar se hace para inicios de 1906 (Vargas Vélez, 1954).

Aviso. UNIVERSIDAD DE BOLÍVAR. (Antiguo Colegio de Fernández Madrid). Las tareas en este Instituto universitario empezarán el día 20 de marzo próximo por disposición del Gobierno Departamental. Se abrirán en la fecha mencionada los cursos correspondientes a las FFL, FMCN, FDCP. Y como sección especial la Escuela de Comercio. Si se llenaran las condiciones requeridas por el Decreto orgánico de 15 de enero se abrirán también los cursos correspondientes a la Facultad de Matemáticas e Ingeniería y los demás de que trata dicho decreto. Oportunamente se publicarán los nombramientos de Superiores de la Universidad en cada facultad.<sup>28</sup>

La denominación del Colegio Fernandez Madrid por Universidad de Bolívar se cambia realmente en marzo de 1906 por el gobernador H.L. Román y el Secretario de Hacienda encargado de Gobierno, Dr. Antonio Regino Blanco. Se autorizan los sueldos, del rector, inspector, sub inspector, secretario, portero, dos sirvientes.

(...) para la FMCN, sueldo del presidente de \$30 por 9 meses, Secretario, pasante, sirviente, 20 profesores de \$10, un catedrático de curso práctico \$15, Disector anatómico \$ 30. Director de la Policlínica \$20, Secretario de la Policlínica \$20, un sirviente \$ 10. Escuela dental. Sueldo del Director \$50 por 9 meses, Jefe de clínica \$25, útiles 40. (... )Provisión mensual para la Policlínica<sup>29</sup>.

En el Hospital de Caridad laboraban médicos titulados, para el cuidado de los enfermos allí reclusos, como el Dr. Camilo S. Delgado, médico jefe del Hospital de

<sup>27</sup> AHC. SG. GD. Departamento de Bolívar. Registro de Bolívar. Año XLVI. Mutilada, no 2.333, p.423. Decreto No 119 bis, mayo de 1904. Gobernador Luís Patrón. Secretario IP J. S. Gastelbondo.

<sup>28</sup> AHC. SG. GD. Registro de Bolívar. Departamento de Bolívar. Año XLVIII. Cartagena, febrero 8 de 1906, no. 2 534, p. 68. Aviso de la Universidad de Bolívar.

<sup>29</sup> AHC. SG. GD. Departamento de Bolívar. Registro de Bolívar. Año XLVIII. Cartagena, marzo 29 de 1906, no 2.555, p. 149. Gobernación del Departamento. Decreto No 517. Se fijan los gastos del departamento.

Caridad<sup>30</sup>, como médicos ayudantes los Drs. Teofrasto A. Tatis y Manuel de Lavalle con sueldos similares, por cuenta del Departamento de Beneficencias y Recompensas<sup>31</sup>. Eran médicos auxiliares el Dr. Sergio D Ibarra<sup>32</sup> y el Dr. Juan S. Gastelbondo, Médico de la Cárcel del Circuito de la Casa de Prisión y reclusión y del Cuerpo de Policía (también le llaman a este empleo “médico de los establecimientos de castigo”)<sup>33</sup>. Además, algunos estudiantes de Medicina tenían el empleo, al cual eran admitidos por oposición, como practicantes internos y externos del Hospital de Caridad. Tales eran los casos Vicente C Mercado<sup>34</sup>, Nicolás Macario Paz Ferrer<sup>35</sup>, Teófilo Barboza<sup>36</sup>.

Es posible que adelantaran las materias de anatomía práctica y disección, ya que se había mantenido el pago, a través del Departamento de Beneficencias y Recompensa de los funcionarios del Anfiteatro, del director, del disector anatómico, del portero y del sirviente, por lo menos desde 1903<sup>37</sup>.

En 1907 son nombrados “los Srs. José Caballero Leclerc, Teófilo Barboza, Macario Paz, Juan Nájera, Bernardino Castro, Antonio Almeida, Vicente C. Mercado, ayudantes del Vacunador oficial, en carácter de estudiantes en dicho ramo, *ad-honorem*”<sup>38</sup>. El

<sup>30</sup> AHC. SG. GD. Departamento de Bolívar. Registro de Bolívar. Año XLIV. Cartagena, abril de 1903, no 2127, p. 122. Decreto 346 de abril de 1903.

<sup>31</sup> AHC. SG. GD. Departamento de Bolívar. Registro de Bolívar. Año XLV. Cartagena, junio 11 de 1903, no 2140, p. 175. Decreto No 375. Abril 29 de 1903.

<sup>32</sup> AHC. SG. GD. Departamento de Bolívar. Registro de Bolívar. Año XAVI, abril 14 de 1904, no 2.258, p. mutilada. Decreto No 8 febrero de 1904. Nombra Médico auxiliar en el Hospital de Caridad de Cartagena al Dr. Sergio D. Ibarra.

<sup>33</sup> AHC. SG. GD. Departamento de Bolívar. Registro de Bolívar. Año XLV. Cartagena, marzo 24 de 1903, no 2118, p. 86. Nombrase Médico de la Cárcel del Circuito de la Casa de Prisión y reclusión y del Cuerpo de Policía, al Dr. Juan S. Gastelbondo. Asignación mensual del \$ 1.000.

<sup>34</sup> AHC. SG. GD. Departamento de Bolívar. Registro de Bolívar. Año XLVIII. Cartagena, febrero 17 de 1906, no. 2. 538, p. 81. Secretaria de Hacienda. Tesoro del Gobierno Departamental. Movimiento de caja enero 1906. Salidas. Departamento de Beneficencia y Recompensa. Capítulo 8. Hospitales. Practicante del Hospital Vicente C Mercado.

<sup>35</sup> AHC. SG. GD. Departamento de Bolívar. Registro de Bolívar. Año XLIX. Cartagena, febrero 28 de 1907, no 2686, p. 98. Decreto No 56, febrero 23 de 1907. Firma Dr. Camilo S Delgado. Secretario de Hacienda encargado de Gobierno. Se nombra en propiedad al Sr. Nicolás M Paz Ferrer, practicante externo del Hospital de Caridad.

<sup>36</sup> AHC.SG. GD. Departamento de Bolívar. Registro de Bolívar. Año XLIXI. Cartagena, abril 11 de 1907, no 2704, p. 168. Decreto 94, abril 10 de 1906. Profesor de la Escuela Dental: Anatomía Manuel Pájaro. Herrera. Fisiología Manuel R Pareja; practicante interno y externo: Nicolas M Paz, Teófilo Barboza.

<sup>37</sup> AHC. SG. GD. Departamento de Bolívar. Registro de Bolívar. Año XLV. Cartagena, junio 11 de 1903 no 2140, p. 170. Presupuesto. Conclusión. Departamento de Beneficencia y Recompensas. Cáp. 3. Hospitales. 1. Sueldo del Sindico, portera y cocinera. 2. Útiles de escritorio para la sindicatura. 4. Sueldo de las hermanas de la caridad encargadas del hospital. 5. Alimento y Medicina para enfermos pobres. 5. Sueldo del director del Anfiteatro. Del Disector Anatómico, del portero, del sirviente.

<sup>38</sup> AHC. SG. GD.. Departamento de Bolívar. Registro de Bolívar. Año XLIXI. Cartagena, febrero 28 de 1907, no 2687, p. 101. Decreto No 61, febrero 25 de 1907. Firma el gobernador MM Torralvo, el

Parque de Vacunación era un establecimiento dependiente del Departamento de Gobierno que tenía como Director y Vacunador oficial al Dr. Sergio D. Ibarra y a Manuel B. Revollo como inspector de carnes<sup>39</sup>, ambos médicos veterinarios egresados de la Universidad de Bolívar (Delgado, 1894: 52; Urueta & G. de Piñeres, 1912: 257).

El Rector de la Universidad de Bolívar llama a exámenes anuales de la FMCN en diciembre de 1906. Este sería el primer Plan de Estudios que conocemos de la FMCN, de las materias que estaban abiertas y los profesores que estaban a cargo de esas materias<sup>40</sup>.

Orden de los exámenes. Día 1º. 1º jurado. Materias: Química 1ª, zoología, fisiología, bacteriología, disección 1ª. Personal. Dr. Rafael Calvo Castaño, Cristóbal Bossa, Teofrasto A. Tatis. Secretario Sofanor Vásquez.

2º jurado. Materias: Botánica médica, anatomía [mutilada], antropología, patología interna. Personal. Manuel Pajaro H. Lascario Barboza, Pedro Cabarcas. Secretario Nemesio Frías.

Día 2º. 1º jurado. Materias: Anatomía 1ª, química 2ª, terapéutica, disección 2ª.

Personal. Lascario Barboza, Cristóbal Bossa, Camilo S. Delgado. Secretario Bernardino Castro. 2º jurado. Materias: Física médica, farmacia, anatomía topográfica. Personal. Camilo S. Delgado. Francisco Cruz, Cristóbal Bossa. Secretario Teófilo Barboza.

Día 3. 1º jurado. Histología, Medicina operatoria, [mutilado, mutilado] general, Pequeña cirugía. Personal. Teofrasto A. Tatis, Rafael Calvo C. Cristóbal Bossa. Secretario Macario Paz.<sup>41</sup>

---

Secretario de Hacienda y Gobierno Camilo S Delgado Se nombra a los Srs José Caballero Leclerc, Teófilo Barboza, Macario Paz, Juan Nájera, Bernardino Castro, Antonio Almeida, Vicente C Mercado, ayudantes del Vacunador oficial, en carácter de estudiantes en dicho ramo, *ad-honorem*.

<sup>39</sup> AHC. SG. GD. Departamento de Bolívar. Registro de Bolívar. Año XLVII, abril 27 de 1905, no 2.410, p. 157. Secretaria de Hacienda. Tesorería General del Departamento. Movimiento de caja marzo 1905. Departamento de Gobierno. Capitulo 18. Salubridad pública. Sueldo y suministros Parque de Vacunación. Sueldo del veterinario MB Rebollo, inspector de carnes. Sergio D. Ibarra, Director del Parque.

<sup>40</sup> La fuente esta en mal estado y mutilada. Se entiende que los secretarios de cada jurado examinador son alumnos, por la fecha posterior de graduación.

<sup>41</sup> AHC. SG. GD. Departamento de Bolívar. Registro de Bolívar. Año XLVIII. Cartagena, enero 8 de 1907, no 2664, p. 10. Secretaria de Gobierno. Res. 1, noviembre 18 de 1906. El Rector de la Universidad de Bolívar Luis Patrón R, Secretario Francisco Royo, Aprobado El Gobernador MM Torralvo, Director de IP Luis Patrón R. Se fijan fechas para los exámenes el 8 de diciembre en la Universidad de Bolívar.



Ilustración 2. Profesores de la FMCN. Universidad de Bolívar 1906.  
(Valiente Tinoco & Valiente M., 1911: 197)



Ilustración 3. Profesores de la FMCN. Universidad de Bolívar 1906.  
(Valiente Tinoco & Valiente M., 1911: 198)

Desde inicios de 1907 comienzan a ser efectivas las salidas del presupuesto del Departamento de IP, para la Universidad de Bolívar<sup>42</sup>, ya se había organizado el

---

<sup>42</sup> AHC.SG.GD. Departamento de Bolívar. Registro de Bolívar. Año XLIXI. Cartagena, marzo 9 1907. No 2690. P. 115. Secretaria de Hacienda. Vigencia a enero de 2007. FGobernador MM Torralvo, Secretario de Hacienda y Gobierno Camilo S Delgado. Departamento de Gobierno: Salubridad pública y

ERROR: stackunderflow  
OFFENDING COMMAND: ~

STACK: