

# DOSCIENTOS AÑOS DE LA ENSEÑANZA DE LA MEDICINA. LA EXPERIENCIA CHILENA COMO EJEMPLO DE LOS PROCESOS DE INDEPENDENCIA HISPANOAMERICANA Y LOS CAMBIOS EN EDUCACIÓN MÉDICA

*200 Years of Teaching Medicine: The Chilean Experience as an Example of the Changes in Medical Education during the Processes of Independence in Hispanic America*

DANIEL VALENZUELA TORRES, FELIPE ZÚÑIGA HERRANZ  
*Universidad de Chile*

SERGIO ZÚÑIGA ROCHA  
*Universidad Católica de Chile*

---

Los procesos de independencia hispanoamericana permitieron la rápida diseminación cultural e ideológica de la ilustración y del positivismo europeo que hasta ese momento habían sido restringidos por una Corona española altamente eclesial. Permitieron sentar las bases de los cambios en educación médica desde una enseñanza escolástica, rígida y retrasada, hacia una educación más flexiva y actualizada con el desarrollo de las ciencias. La estructuración de los estudios, la ampliación de la bibliografía usada, la profesionalización del médico y de su labor docente hacia los conceptos de la práctica clínica estructurada, investigación científica, el pensamiento crítico, el cambio cultural del rol del médico en su sociedad, tuvieron sus inicios posteriormente a la independencia española y permitieron la transición hacia la medicina moderna actual.

**Palabras clave:** *Cambios educacionales, Educación médica, Historia de la medicina en América Hispana.*

---

## Introducción

Hablar de historia de la medicina y educación médica es, en esencia, un correlato. El devenir histórico de los hitos del desarrollo de la medicina (como profesión) y las transformaciones de la enseñanza médica confluyen en directa

relación con los grandes cambios sufridos por la humanidad.

Por otro lado, la medicina trasciende a la ciencia, en tanto servicio impartido por personas (profesionales de la salud) en beneficio de otras (pacientes), sin poder acotarse a un trámite

automático ni mecánico, requiriendo de la voluntad del propio hombre o mujer para su surgimiento. Al no considerar este punto, se suele cometer el error de intentar encasillar la historia médica en un «cronocentrismo», con el avance de las ciencias y tecnología, sin considerar que la medicina y su enseñanza han tenido una estrecha relación con el ser humano y sus hitos más importantes (Salaverry, 1998). La medicina y su enseñanza han tenido que adecuarse al auge y decadencia de los imperios europeos con sus procesos de emancipación de sus colonias en América y África; a periodos militares, transformaciones y persecución ideológica, teniendo en la mayoría de los casos que acoplarse con la realidad imperante, aunque esto significara una detención e incluso retroceso en su evolución natural. Por ende, el estudio de la enseñanza médica nos obliga a conocer la historia de cada periodo de nuestra humanidad.

El presente capítulo rescatará algunos aspectos históricos de cómo la enseñanza de la Medicina en Hispanoamérica colonial cambió luego del inicio de los procesos de independencia, tomando como modelo la experiencia de la colonia chilena, en tanto ser una de las caras más duras de la realidad colonial y del poder de convencimiento de la necesidad de independentista, realizando, asimismo, algunas referencias paralelas correspondientes a otras experiencias latinoamericanas.

## **El Imperio español en los siglos XVII y XVIII. Periodo de contrastes**

Los siglos XVII y XVIII se caracterizaron por ser épocas de contrastes en el imperio español; el primero de decadencia, mientras el segundo de crecimiento e ilustración (Aguayo, 1927).

Durante el siglo XVII en España se consolidó un sentido de absolutismo y de hegemonía de la Iglesia católica y de la Inquisición, limitándose el desarrollo logrado durante la época del Renacimiento clásico «sereno y razonable», dando

paso a un Barroco «agitado, metafórico e inconcluso» (Cruz-Coke, 1995: 117). A esto se sumaron las guerras incesantes, la emigración al nuevo mundo, la falta de política económica y una pérdida de la supremacía de la Corona en tierras europeas durante el reinado de Carlos II (Aguayo, 1927; Guerra, 2007; Lafuente, 1889).

Las colonias españolas durante el siglo XVII comprendían dos virreinos (Nueva España o México y el Perú). Durante el siglo XVIII se agregarían Río de la Plata y Nueva Granada. Durante estos siglos, además, se consolidaron como países autónomos las capitanías generales de Chile, Venezuela, Guatemala y Cuba (Cruz-Coke, 1995). Si bien en este siglo se crearon las primeras escuelas de Medicina del Nuevo Mundo (Lima en 1635, Bogotá y Nueva Granada en 1636, Guatemala en 1681 y Quito en 1693), sus inicios no estuvieron carentes de dificultades, entre las que destacan la limitación en las matrículas por linaje y raza, controladas por la Iglesia; baja inscripción de alumnos; profesores sin formación docente adecuada, y restricciones formativas severas como la dificultad de acceder a ciertas bibliografías, debido a la censura de libros. A este respecto, ha de señalarse que la censura impuesta relegó los libros de ciencias físicas, naturales y médicas, lo que, en la práctica, significó la preeminencia de textos orientados a las humanidades y religión, situación paleada por bibliotecas «clandestinas» más dotadas como la de los jesuitas (Costa, 1961; De Tezanos-Pinto, 1995).

En contraparte, la Capitanía General de Chile no vio luces de la educación médica sino hasta un siglo más tarde que sus vecinos del Perú. Los pocos alumnos que estudiaban Medicina debían hacerlo bajo un esfuerzo extremo de sus familias (generalmente familias de escasos recursos), para poder enviar a sus hijos a estudiar a la Universidad de San Marcos de Lima (Costa, 1961; Cruz-Coke, 1995).

La interminable guerra de Arauco, asaltos continuos de corsarios protestantes contra los puertos, desastres naturales como sequías, terremotos

y epidemias sin control por la falta de médicos y de hospitales, hicieron crítica la situación chilena. La pobre formación médica, el bajo número de profesionales y la prohibición por parte de la Corona a la entrada de médicos extranjeros en las colonias, hizo necesaria la asistencia médica con personal no médico, como ocurrió con los misioneros jesuitas y franciscanos (Cruz-Coke, 1995; De Tezanos-Pinto, 1995).

Por otro lado, durante el siglo XVIII (o siglo de la Ilustración), se produjo en Europa un movimiento cultural de secularización con un gran afán del saber en filosofía, economía, política y el ciencias, lo que, sumado a una bonanza económica, mejoraría la medicina en el Nuevo Mundo con construcción de hospitales y de universidades en los virreinos y, a la postre, un cambio ideológico que modificaría los paradigmas de la educación superior (Cruz-Coke, 1995).

A pesar del innegable cambio cultural que significó el siglo de la Ilustración en España, varios autores (Garrison, 1929; Bucke, 1872) creen que las ciencias no fueron las más beneficiadas con estos cambios, incluso postulan que durante todo el siglo XVIII la medicina en España y sus colonias padeció de un atraso general innegable, en comparación con sus vecinos europeos (Sierra, 1934).

Las grandes distancias chilenas con la Corona, la guerra de Arauco y sus grandes gastos, sumado a la necesidad de priorizar recursos hacia colonias con mayor concentración de habitantes españoles, terminaron en una postergación chilena en pos de los virreinos del Perú y de México, los cuales gozaban de un mayor desarrollo cultural y educativo durante este siglo (Quevedo, 2002; Costa, 1961). La Capitanía General de Chile quedaba relegada, siendo la primera en sufrir la decadencia y la última en gozar del apogeo, teniendo que esperar más que el promedio en concretar sus anhelos. Desde luego, este punto nos parece crucial para entender la fuerza motivadora del proceso de independencia que se gestaría en el siglo siguiente (Cruz-Coke, 1995).

## **La Universidad de San Felipe de Chile y San Marcos de Lima: dos ejemplos en educación médica durante la colonia española**

Gracias a la insistencia de criollos convencidos de la necesidad en formación universitaria, la fundación de la Universidad de San Felipe en 1756 en Santiago de Chile vino a solucionar la necesidad de contar con profesionales formados a nivel local, incluida la Medicina (Cruz-Coke, 1995; Senir, 1860).

A mediados del siglo XVIII ya estaban establecidos en Chile los requisitos para iniciar la enseñanza de Medicina. El citado relego de la ciencia determinó como requisito previo al Bachiller en Medicina la formación de cuatro años del bachillerato en Artes (Humanidades) en colegios secundarios chilenos, incluyendo Latín, Gramática, Aritmética, Álgebra, Filosofía, Física, Química, Geografía e Historia Natural.

El Bachiller en Medicina duraba cuatro años de estudios teóricos formados por la Cátedra de Prima Medicina. Con el segundo diploma se podía postular a dos años de práctica hospitalaria junto a un *médico latino*, tras lo cual podía optarse a los exámenes, primero, de licenciado en Medicina y, luego, doctor. Posteriormente, el Tribunal del Protomedicato dictaminaba la autorización para el ejercicio profesional (Cruz-Coke, 1995; De Tezanos-Pinto, 1995).

El local de la Universidad de San Felipe destinado a la enseñanza médica consistía en una sala de 50 metros cuadrados con bancos adosados a la muralla y un podio para el profesor (Cruz-Coke, 1995).

Si bien el plan de estudios médicos en España y en otras universidades de América Latina incluía las Cátedras de Prima Medicina, Vísperas de Cirugía y Anatomía, en la Universidad de San Felipe sólo se impartía la Cátedra de Prima Medicina, sin haber estudios de Anatomía, lo que significaba un gran desmedro comparativo en

la formación profesional con otros centros (Cruz-Coke, 1995).

Todas las asignaturas de la Cátedra de Prima Medicina se impartían por un solo profesor en Latín, con clases de dos a cuatro horas. La denominación de «Prima» era por su dictado matinal y la de «Vísperas» por ser en la tarde (*vespera*). Ambas se reducían a lecturas de textos de Hipócrates, Galeno o Avicena disponibles, según criterio del académico disertante, sin un plan de estudios determinado. Como se mencionó anteriormente, sólo al final de la formación profesional se lograba tener contacto con el enfermo, siempre bajo la tutela de un médico supervisor, la cual se realizaba en los hospitales o domicilios de los enfermos (Salaverry, 1998; De Tezanos-Pinto, 1995).

Como se puede concluir, la metodología de enseñanza se centraba en el profesor, con un sistema eminentemente escolástico, esto es, un método de estudio donde el pensamiento debía someterse a un principio de autoridad o *magister dixit* (lo dijo un maestro), limitándose, en principio, a la lectura y repetición de los textos antiguos. Los escasos alumnos eran recipientes pasivos de información, sin existir experiencia alguna en trabajos de equipo o discusiones de temas relevantes (Salaverry, 1998).

Respecto a los libros, ya se ha mencionado que la enseñanza se basaba en libros en latín de Hipócrates, Galeno y Avicena. Sólo con posterioridad se agregaron libros en español como *Las instituciones y praxis médica* de Piquer (Cruz-Coke, 1995).

Tras la práctica de dos años, el candidato a licenciado daba el famoso examen «pique de puntos», que consistía en la introducción de un puntero a través de la mano de un niño, entre las hojas de uno de los libros clásicos de medicina, para tomar como tema del examen las materias correspondientes a las páginas sorteadas. Se disponía de ocho días para la preparación del tema, el cual finalmente se exponía en una disertación de una

hora. Posteriormente se tomaba un examen privado teórico de una hora y un examen práctico en un hospital ante dos examinadores. En este último se solicitaban competencias profesionales muy generales: «... que tome el pulso a cuatro o cinco enfermos; se le preguntará lo que ha entendido de cada uno de ellos, de la calidad de la enfermedad, si la tiene por mediana, peligrosa o mortal, las causas y señales que para ello haya y, al fin, qué piensa atender para el remedio y cura de tales enfermos y de qué medicina piensa usar y lo más que pareciera» (De Tezanos-Pinto, 1995: 178).

Si bien el sistema de evaluación teórica privilegiaba la memorización y capacidad discursiva de algún tema (con la mayor inclusión posible de citas de autores clásicos en latín), al menos en lo práctico las evaluaciones consideraban cierto logro de competencias profesionales centradas en el alumno, situación vigente hasta los tiempos de hoy. No obstante, las prácticas hospitalarias carecían de instancias de evaluación formativa similar a los exámenes, siendo el alumno un mero asistente.

Sólo en las postrimerías del siglo XVIII, fray Manuel Chaparro propuso fusionar el programa médico-quirúrgico, incluyendo anatomía teórica, disecciones, patología médico-quirúrgica, patología interna y anatomía de enfermedades, práctica quirúrgica y cirugía forense, iniciativa que fracasó por falta de alumnos.

A pesar del gran esfuerzo de las autoridades de la Universidad de San Felipe, sólo se graduaron siete médicos, como consecuencia de la escasez de recursos, libros, alumnos y profesores sin formación docente adecuada y con tiempos suficientes para dictar *primas* y *visperas* (mañanas y tardes), considerando que debían compatibilizar su docencia con labores asistenciales en varios hospitales (Cruz-Coke, 1995).

En contraste, la Universidad Mayor de San Marcos de Lima se formó en Perú dos siglos antes que su similar de San Felipe en Chile, siendo la

primera universidad en el nuevo mundo. La Cátedra de Medicina, creada en 1571, se puso finalmente en marcha en 1634 con la Prima de Medicina. Luego incluyó Vísperas de Medicina, Método de Arte y Curativo de Galeno y la Cátedra de Anatomía, 80 años antes que su símil chilena (Bustíos, 2003). Un mayor cuerpo de profesores y mejor infraestructura (incluyendo un anfiteatro para las prácticas anatómicas y hospitales mejor equipados), permitieron una formación médica más estructurada respecto a la experiencia chilena. No obstante, compartió con ella las dificultades en el reclutamiento de alumnos, dado los mismos factores vistos en Chile, a saber la gran devaluación del médico dentro de la elite criolla y las dificultades de ingreso a personas mestizas, mulatos y zambos, por voluntad de la corona. Asimismo, compartía la metodología de enseñanza, centrada en el maestro, de tipo eclesial, con gran importancia al ámbito teológico, en contraste con el importante avance científico evidenciado por entonces en el resto de Europa. No fue hasta las grandes transformaciones realizadas a principios del siglo XIX por Hipólito Unanue dentro del proceso independentista, que pudo lograrse una educación médica ilustrada y moderna (Bustíos, 2003). A pesar de ello, durante los siglos XVII y XVIII se pudieron graduar médicos que ejercieron la medicina, no sólo en Perú, sino también en Chile, en el Virreinato de la Plata y Nueva Granada.

## **Proceso independentista y los cambios socioculturales**

Durante la primera década del siglo XIX se produjo un cambio trascendental en la historia evolutiva europea, que coincide con el término de la Revolución francesa y el inicio de la era napoleónica, rompiéndose el equilibrio monárquico imperante hasta entonces. España sufre un brusco colapso en su poder político, social y económico, al manifestarse el dominio napoleónico con la invasión francesa de 1808 (Cruz-Coke, 1988a; De Tezanos-Pinto, 1995; Guerra, 2007).

Esta época de inestabilidad monárquica permitió, por un lado, el inicio de los movimientos de emancipación americana y, por otro, facilitó la completa apertura del continente iberoamericano a las influencias europeas, con un cambio cultural republicano y una transformación del espíritu y dinámica social imperante.

Esta corriente de intercambio incluyó la creciente llegada a América de médicos ingleses, franceses y alemanes, introduciendo los preceptos de la medicina de la Ilustración y el nacimiento de las corrientes reformadoras y renovadoras de la educación médica imperante (Cruz-Coke, 1988<sup>a</sup> y 1995; Sierra, 1934).

En la mayor parte de los países hispanoamericanos destacaron médicos formados en Europa o formados en América por médicos europeos, que fueron cruciales en los procesos de emancipación e inicio de los cambios fundamentales hacia la medicina republicana moderna. Destacan nombres como el citado Hipólito Unanue en Perú, José María Vargas en Venezuela, Juan Madera en Argentina, José Fernández Madrid y José Félix Merizalde en Colombia, Manuel Carpio en México y Tomás Armstrong, Nathaniel Cox, Juan Miquel y, posteriormente, Guillermo Blest y Lorenzo Sazie en Chile (Cruz-Coke, 1995; Quevedo, 2002).

Los procesos independentistas en general significaron un periodo de transición, donde naturalmente hubo grandes conflictos bélicos, anarquía política y postergación de algunas soluciones a los problemas de la época colonial hasta la cuarta o quinta década del siglo XIX (Cruz-Coke, 1995).

## **La educación médica chilena en el siglo XIX. Época republicana**

Otro de los grandes problemas que se arrastraba del siglo anterior, respecto a la formación médica, era el bajo número de alumnos interesados en el estudio de Medicina. El menosprecio público se explicaba por sus bajos honorarios

congelados durante casi 30 años, tras las guerras de independencia; su estricto control por el Cabildo; sus dificultades para ausentarse de su lugar de trabajo; su imagen de inferioridad intelectual en comparación con filósofos, teólogos y abogados, y la constante *contaminación* laboral por el ejercicio de un interminable número de practicantes, flebotomos y sangradores sin preparación formal universitaria (Cruz-Coke, 1995). Para Guillermo Blest, médico irlandés radicado en Chile y uno de los fundadores de la educación médica moderna en nuestro país, la falta de profesionales se debía esencialmente a la falta de educación médica de calidad y bajas remuneraciones (Blest, 1983a).

Naturalmente, la entrada de médicos extranjeros y el prestigio ganado por su ejercicio profesional permitieron una revalorización de la actividad médica por parte de la alta sociedad. Con ello, aumentó el interés en estudiar Medicina, lográndose con los años la consolidación de las escuelas de Medicina, con 108 matriculados en 1870 a cerca de 300 en 1880 (Perez-Olea, 1993; De Tezanos-Pinto, 1995).

Como se mencionó anteriormente, desde el comienzo de la difusión de las ideas independentistas se pensó en la necesidad de renovación en formación médica, reflejo de una necesidad mayor de ampliar los espacios de instrucción pública, incorporando a la docencia los principios e ideas científicas modernas. En Chile, esto se vio reflejado con la apertura del Instituto Nacional. Al alero de este establecimiento (inicialmente considerado como un espacio amplio de educación no sólo secundaria), se intentó un lento proceso de exploración curricular en la formación médica. Durante este periodo, destacan los siguientes avances:

- Mejoría de la calidad de enseñanza, con selección de profesores con estudios europeos y con actividad en el hospital. Las palabras de Guillermo Blest reflejan la intencionalidad del cambio ocurrido: «... se creará tal vez suficiente que un barbero cualquiera,

renunciando a su humilde profesión y trabajo, se dedique dos o tres meses a la atención hospitalaria, aprenda de memoria frases médicas, que le enseñe que los pulmones están en el tórax, los intestinos en el abdomen, etc. ¿Será creíble que haya quien considere que semejante estado pueda calificar a un individuo para el importante cargo de un facultativo en Medicina?...» (Blest, 1983a: 410).

Por otro lado, se impone un estilo docente diferente donde el profesor no sólo repite información ya escrita, sino que debe ser un interpretador activo de los hechos, fomentando el espíritu de aprendizaje autónomo, situación impensada en el sistema escolástico antiguo. Prueba de esto son las palabras de Blest en el discurso de apertura del primer curso de estudios médicos en 1833: «... dividiré las enfermedades en dos clases: en la primera las agudas y subagudas y en la segunda las crónicas. En mis lecturas sobre cada enfermedad consideraré primero las causas remotas; segundo, los síntomas; tercero, la anatomía mórbida; cuarto, las condiciones patológicas de que los síntomas dependan; quinto, el diagnóstico; sexto, el plan curativo, y séptimo y último, el pronóstico [...] Me empeñaré en presentar a ustedes las opiniones y práctica de los mejores autores de Europa, notando siempre las modificaciones que algunas enfermedades, conocidas allá, manifiesten en Chile la diferencia que es necesaria, por consiguiente observando la curación de ellas, y nombrando finalmente las otras que no se encuentran en las obras médicas y que puedan considerarse como indígenas de nuestra República» (Blest, 1983b: 363).

En tal discurso se explicita claramente el sentido renovador en la «interpretación» personal de lo *escrito* y lo *no escrito*, el alejamiento del conocimiento rígido y la apertura del razonamiento como base fundamental de una enseñanza reflexiva, situación

que se potenciará posteriormente con la medicina del positivismo.

- La creación de una biblioteca con libros modernos franceses e ingleses y traducciones en español, favoreciendo mayor transferencia cultural de Europa a Chile, destacando *Patología y clínica interna* de Cullen y Cox, *Patología quirúrgica* de Currey y Cooper, *Anatomía y fisiología* de Chassier y Bichat, *Formulario de medicina* de Magendie, *Farmacia y química* de Thenard, entre otros (Cruz-Coke, 1995).
- El inicio de la modernización del plan de estudios: las primeras modificaciones, ya propuestas a fines del siglo anterior, fueron la fusión de la medicina con la cirugía, naciendo el título de médico-cirujano. Por otro lado, se incluyó la Cátedra de Anatomía Práctica, con la inclusión del anfiteatro anatómico y disecciones de cadáveres humanos, dejando de lado la pobre anatomía galénica y rescatando, tras siglos, el concepto propuesto por Andreas Vesalio en el siglo XVI de que «la verdad no está en los libros de Galeno, Avicena o Rhazes, la verdad está en el cadáver». Las prácticas de medicina se lograron enriquecer con técnicas anatómicas de inyección de vasos para su teñido y posterior facilitación de su disección (Cruz-Coke, 1995; Perez-Olea, 1993). El plan de estudios incluía anatomía especulativa y práctica el primer año; anatomía práctica, fisiología e higiene el segundo año; principios y práctica de la medicina el tercer año; materia médica y medicina de los hospitales el cuarto año; los principios y práctica de la cirugía y cirugía clínica el quinto año; obstetricia y enfermedades incidentes a los niños el sexto año, y luego se agregaría química y farmacia (Cruz-Coke, 1995; Sierra, 1934).
- El desarrollo de una docencia interesada, además, en competencias genéricas fue relevante a partir de esta época, destacando al profesor, además de médico, como transmisor de un ejemplo de virtudes y vocación profesional.

A pesar de los grandes esfuerzos de los iniciadores de los cambios en educación médica, durante las primeras décadas del siglo XIX hubo poca graduación de alumnos por el aún bajo interés por el estudio de la medicina, agregado a fallecimientos de alumnos por contagios de enfermedades en pabellones de anatomía y hospitales con condiciones de higiene insuficientes (Cruz-Coke, 1995; Perez-Olea, 1993).

### **La facultad de Medicina y la consolidación de los cambios**

Los problemas antes mencionados en toda América Latina hicieron tomar conciencia de la real necesidad de reestructurar las instituciones de educación médica, por lo que se iniciaron las formalizaciones de las facultades de Medicina en las universidades y la consolidación y modernización de hospitales clínicos para la docencia en Medicina.

En Chile, al mismo tiempo que se cerraba definitivamente la Universidad de San Felipe en 1839 y el Instituto Nacional mostraba serios problemas de infraestructura, se hizo necesario sentar las bases de la apertura de la Universidad de Chile (1843), formada inicialmente con cinco Facultades: Medicina, Leyes y Ciencias Políticas, Filosofía y Humanidades, Ciencias Físicas y Matemáticas y Teología (Cruz-Coke, 1995).

Su primer rector fue Andrés Bello y su primer decano de Medicina el doctor Lorenzo Sazie, médico francés, quien, junto a ocho académicos, pusieron en marcha e implementaron las modificaciones de planes de estudios y cátedras, ampliación de bibliotecas y edición de libros y publicaciones.

Paralelamente, desde la quinta década del siglo XIX, Latinoamérica vivió una época de profundas transformaciones políticas, sociales, económicas y culturales, con grandes inventos tecnológicos, avance del bienestar y progreso social, conocidos como la «época del positivismo»,

donde el hombre renuncia a la especulación de las causas finales y se dedica al estudio de los fenómenos naturales con sus leyes físicas y positivas que los gobiernan. En medicina aumenta la influencia científica experimental, con gran desarrollo de las ciencias básicas, fisiología, microbiología y biología celular (Cruz-Coke, 1995). Muchos discípulos latinoamericanos de la filosofía del positivismo fueron gestores en las reformas de educación médica durante esta época. Destacan Gabino Barreda en México, Guillermo Rawson Rojo en Argentina, Antonio Guzmán Blanco en Venezuela y, en Chile, Francisco Javier Tocornal y José Joaquín Aguirre.

Los estudios médicos se reformaron en seis años de estudio, con la incorporación de Química Orgánica e Inorgánica en el primer año, Patología Interna y Externa en el tercer y cuarto año, Clínica Médica y Quirúrgica, Medicina Legal y Obstetricia entre el quinto y sexto año (Cruz-Coke, 1988b y 1995; Neghme, 1988).

En la segunda mitad del siglo XIX, el aumento de académicos ilustrados graduados en Chile y formados en el extranjero permitió consolidar el cuerpo docente e incluir nuevas materias como Física, Histología Normal y Patológica, Anatomía Patológica, Enfermedades Mentales y Nerviosas, y Oftalmología (Pérez-Olea, 1993).

Los estudios médicos estaban orientados eminentemente a formar un *médico general*. La metodología constaba de clases magistrales con tres a nueve horas semanales; el profesor solía llevar al paciente a la clase y realizaba ejercicios prácticos demostrativos, con una constante interacción del alumno (Pérez-Olea, 1993).

Los trabajos prácticos cobraron mucha importancia en el currículo con la incorporación de histología y el uso de microscopios, química y ensayos toxicológicos, disecciones en cadáveres supervisadas en anatomía y autopsias médico-legales. Destacan las palabras del doctor José Joaquín Aguirre, en sus pasos de disección de cadáveres: «El cadáver será nuestro maestro, los

libros nuestros guías y yo les ayudaré con el estudio», sugiriendo el autoaprendizaje supervisado (Orrego-Luco, 1953).

La posterior formalización de las prácticas clínicas de los últimos años en el «internado de medicina» permitió a los alumnos tener un acceso continuo al paciente y su evolución. En este sentido, las salas de los hospitales estaban divididas en patología médica, quirúrgica, militar e infecciosa. Cada sala estaba a cargo de un médico profesor y los alumnos durante el día realizaban actividades asistenciales con la supervisión permanente del médico encargado de sala (Pérez-Olea, 1993). Esta metodología permitió el desarrollo de evaluación formativa y cambió definitivamente la clásica postura de la práctica clínica del «profesor asistido por un alumno», propia de la educación colonial, a «un alumno asistido por un profesor», centrada en experiencias educativas basadas en competencias del alumno. Asimismo, se dejó de lado evaluaciones basadas en disertación y memorización, dando paso a evaluaciones de discusión oral y práctica con pacientes ante comisiones. Además, se exige la elaboración de una *Memoria*, a desarrollar durante los últimos años de práctica, para ser presentada en escrito ante las autoridades de la facultad (Cruz-Coke, 1995; Neghme, 1988; Pérez-Olea, 1993), consolidando una educación que fomenta el inicio de un aprendizaje más activo e independiente.

## **Transición a la educación médica de nuestros tiempos**

Ya entrado el siglo XX, el desarrollo de las especialidades médicas y ciencias biomédicas marcan las nuevas tendencias en los cambios curriculares, con un crecimiento exponencial del conocimiento, sobrecarga de información y diferenciación de las materias, lo que aumenta la importancia de las ciencias básicas, investigación y especialidades derivadas de la medicina, necesitándose «expertos» en todos los temas. Posteriormente (y como respuesta a esta fragmentación), nace el concepto de integración educativa en salud, con currículos



basados en sistemas y en problemas, fomentando el análisis integrativo de las materias, motivándose la búsqueda de información y el trabajo en equipo. Finalmente, la educación médica ha tendido hacia los currículos basado en formas clínicas (situaciones clínicas) y competencias profesionales (ser, saber y saber hacer) donde se privilegia el *cómo se aprende*, la flexibilidad de los métodos y el aprendizaje permanente, con la incorporación adecuada de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC), siendo necesario velar por que cada innovación curricular signifique una experiencia educativa transformativa, potenciando al profesor como un mediador y facilitador del aprendizaje (Zabalza, 2003; Bruno-Jofré, 2004).

## Conclusiones

La educación médica latinoamericana sufrió grandes transformaciones a partir de la época de la emancipación con un vuelco paulatino de ésta hacia un conocimiento más ilustrado, profesionalización

docente, experiencias educativas más centradas en alumnos y, finalmente, un rol activo del médico en la sociedad imperante.

¿Fueron los procesos de independencia o la evolución natural del pensamiento de la humanidad lo que cambió los paradigmas educativos? Esta pregunta se basa en que España, durante finales de los siglos XVIII y XIX, se adecuó correctamente a los cambios ideológicos de la Ilustración y del positivismo, situación que tarde o temprano llegaría a las colonias. Ejemplo de ello es la experiencia Cubana (Tejera-Concepción, 2008), que, al iniciar su proceso de independencia en las postrimerías del siglo XIX, ya estaban en curso varios de los cambios en educación médica moderna. Este punto nos lleva a la reflexión final de que los deseos y gestos de independencia o «descentralización» sólo buscaron asegurar y acelerar (a modo de catalizador o corolario normativo) procesos que ya se encontraban instalados y en marcha en lo profundo de los pueblos colonizados, pero aún no reconocidos plenamente por las autoridades.

## Referencias bibliográficas

- BLEST, G. (1983a). Observaciones sobre el estado actual de la medicina en Chile, *Rev Med Chi.*, 111, 404-477.
- BLEST, G. (1983b). Alocución en inauguración del curso de medicina de 1833, *Rev Med Chi.*, 111, 360-363.
- BUCKLE, H. (1872). *Miscellaneous and Posthumous Works*, V-II, Londres, Green & Co.
- BUSTIOS, C. (2003). Notas sobre la historia de la educación médica en el Perú, 1ª parte, (1568-1893), *Act Med Per.*, 20(2), 94-108.
- COSTA, C. (1961). *Los estudios médicos durante la colonia*, Santiago de Chile, Ed. Centro de Investigación de Historia de la Medicina de la Universidad de Chile.
- CRUZ-COKE, R. (1995). *Historia de la medicina chilena*, Santiago de Chile, Ed. Andrés Bello.
- CRUZ-COKE, R. (1988). Impacto de la Revolución francesa en la historia de la medicina, *Bol Acad Chi Med.*, 28, 305-310.
- CRUZ-COKE, R. (1988). Reseña histórica político-social de la medicina en Chile, *Rev Med Chi.*, 116, 55-60.
- DE TEZANOS-PINTO, S. (1995). *Breve historia de la medicina en Chile*, Valparaíso, Ed. Universidad de Valparaíso.
- GARRISON, F. H. (1929). *Introduction to the history of medicine*, Filadelfia, Ed. Saunders.
- GUAYO, P. (1927). *Manual de historia de España*, tomo II, Madrid, Eléxpuru Hermanos.
- GUERRA, F. (2007). *Historia de la medicina*, vol. 2, Madrid, Norma-Capitel.
- LAFUENTE, M. (1889). *Historia de España*, Barcelona, Montaner & Simon.
- NEGhme (1988). *Panorama de la educación médica en Chile*, Santiago de Chile, Ed. Academia de Medicina.
- ORREGO-LUCO, O. (1953). *Recuerdos de la escuela*, Santiago de Chile, Ed. del Pacífico.
- PÉREZ-OLEA, J. (1993). *La escuela de Blest, Sazie y Aguirre*, Santiago de Chile, Ed. Universitaria.

- QUEVEDO, E. (2002). *Historia de la Cátedra de Medicina en el colegio de Nuestra Señora del Rosario*, Bogotá, Ed. Universidad del Rosario.
- SALAVERRY, O. (1998). Visión histórica de la educación médica, *Anales Facultad Biol. C. Med.*, 59(3), 215-219.
- SIERRA, L. (1934). Cien años de la enseñanza de la medicina en Chile, *Anales Facultad Biol. C. Med.*, 1, 1-134.
- ZABALZA, B. (2003). *Competencias docentes del profesorado universitario: calidad y desarrollo profesional*, Madrid, Narcea.

## Fuentes electrónicas

---

- BRUNO-JOFRE, R. (2004). La inclusión digital en Canadá, entrevista en conjunto con Denise Stockley para Educar (portal educativo del estado argentino) <<http://portal.educ.ar/noticias/entrevistas/rosa-brunojofre-y-denise-stock.php>> [Fecha de consulta: 4/enero/2010].
- SENIR, M. (1860). Apuntes para la historia de la enseñanza médica en Chile, discurso del facultativo pronunciado en su incorporación a la Facultad de Medicina, Santiago de Chile, *Anales de la Universidad de Chile*, tomo XVII <[http://www.anales.uchile.cl/1s/1860-T\\_XVII/](http://www.anales.uchile.cl/1s/1860-T_XVII/)> [Fecha de consulta: 4/enero/2010].
- TEJERA-CONCEPCIÓN, J. F. (2008). La salud pública en Cuba durante el periodo colonial español, *Contribución a las ciencias sociales*, Málaga. <<http://www.eumed.net/rev/cccss/02/jftc.10.htm>> [Fecha de consulta: 4/enero/2010].

## Abstract

---

### *200 Years of Teaching Medicine: The Chilean Experience as an Example of the Changes in Medical Education during the Processes of Independence in Hispanic America*

The process of Latin American independence allowed the rapid dissemination of the ideas of the European enlightenment and the expansion of positivism, which had been censored by the Spanish crown, which was deeply attached to the Catholic Church. The new environment laid the foundations for changes in medical education, which moved from a scholastic, rigid, and backward pedagogical approach and program, to a more reflective one, updated with the development of science. The structure of the studies, use of a more extensive bibliography, professionalisation of the physician and the organisation of their education in relation to a structured practice, critical thinking, scientific research, and to an understanding of the cultural change in the physician's role in their society, had its beginnings early in the post-independence period. These changes opened the way to the transition to modern medicine today.

**Key words:** *Educational change, Medical education, Latin American history.*

## Perfil profesional de los autores

---

### Daniel Valenzuela Torres

Profesor de pregrado del Departamento de Neurología de la Universidad de Chile. Miembro del Comité de Innovación Docente y Red de Campus Clínicos. Editor de publicaciones científicas para la revista *Medicina y Humanidades*, de la Facultad de Medicina Sur-Universidad de Chile. Correo electrónico de contacto: danvatorr@yahoo.es

**Felipe Zúñiga Herranz**

Médico psiquiatra del Hospital Fuerza Aérea de Chile. Magíster en Salud Pública. Docente del Departamento de Bioética y Humanidades Médicas de la Universidad de Chile. Es miembro directorio de la Sociedad Chilena de Historia de la Medicina.

Correo electrónico de contacto: Felipezh@gmail.com

**Sergio Zúñiga Rocha**

Médico cirujano infantil. Profesor adjunto de la Facultad de Medicina Pontificia de la Universidad Católica de Chile. Es secretario y miembro de la Sociedad Chilena de Historia de la Medicina.

Correo electrónico de contacto: zuniga@med.puc.cl