

## Cronograma

### **Siglo XIX – Primeras bases**

- **1820 — Cátedras de medicina y cirugía en el Hospital Real Militar de San Juan.**
- **1888 — Instituto de Enseñanza Superior del Ateneo Puertorriqueño ofrece cursos avanzados en medicina.**

### **1900–1925 – Lucha contra enfermedades tropicales**

- **1899 — Bailey K. Ashford identifica una causa importante de la anemia de los campesinos puertorriqueños, el parásito *Ankylostoma duodenale*.**
- **1903 — Ley de la UPR incluye la creación de un Departamento de Medicina.**
- **1904–1908 — Comisión de Anemia dirigida por Bailey K. Ashford.**
- **1908–1911 — Servicios de Enfermedades Tropicales bajo Pedro Gutiérrez Igaravidez.**
- **1912 — Fundación del Instituto de Medicina Tropical e Higiene (IMTH) liderado por Bailey K. Ashford. El IMTH se fundó para investigación y educación sobre los problemas de salud del país.**
- **1919 — Surge el Hospital Municipal original, antecedente del actual Hospital Universitario.**

### **1925–1948 – Escuela de Medicina Tropical**

- **1924 — Legislatura crea la Escuela de Medicina Tropical.**
- **1926 — Inauguración de la Escuela de Medicina Tropical.**
- **Década de 1930 — Expansión arquitectónica de la Escuela de Medicina Tropical (laboratorios, biblioteca, hospital, casa de animales) orientada a graduar médicos generales.**
- **1936 — Fundación del *Caribbean Primate Research Center*.**
- **1948 — Cierre paulatino de la Escuela de Medicina Tropical bajo los auspicios de Columbia; se acelera la necesidad de una nueva escuela.**

#### **1943–1950 – Fundación de la Escuela de Medicina moderna**

- **1943 — Rector Jaime Benítez crea comité para estudiar la creación de una escuela de medicina.**
- **1949 — Ley 378 crea la Escuela de Medicina de la UPR.**
- **1950 — Apertura oficial de la Escuela de Medicina (21 de agosto).**

#### **1950–1960 – Organización y acreditación**

- **1952 — Laboratorio de Investigaciones de Cirugía (Dr. Frank Raffucci).**
- **1954 — Acreditación por AMA y AAMC.**
- **1957 — Reforma curricular y fortalecimiento de salud pública.**
- **1959 — Nombramiento del primer decano puertorriqueño (Dr. José R. Vivas).**

#### **1960–1975 – Expansión científica y consolidación**

- **1960 — Se aprueban los programas graduados en ciencias biomédicas.**
- **1960–1970 — Llegada de investigadores internacionales y expansión de la investigación.**
  - **1960 — Se establecen los *estudios graduados* en ciencias biomédicas.**
  - **1966 — Se organiza formalmente el *Recinto de Ciencias Médicas (RCM)*.**
  - **1967 — Adán Nigaglioni Loyola se convierte en el primer rector del RCM.**
- **1972 — Apertura del edificio del RCM en el Centro Médico de Puerto Rico. Mudanza de la Escuela del edificio de Medicina Tropical al nuevo edificio en Centro Médico.**
- **1974 — Fundación del *Programa de Medicina Familiar*, pionero en atención comunitaria.**
- **1975 — Inicio del periodo de transformación curricular, física e institucional (tema central del PDF).**
- **1975–1994 — *Consortio Educativo de la Escuela de Medicina*, inspirado en el modelo WWAMI.**

- **1976** — Creación del *Programa de Adiestramiento en Medicina Interna General (PAMIG)*.
- **1977** — Establecimiento del *primer programa de trasplante renal* en Puerto Rico.

#### **1980–1990 · Nuevas especialidades, investigación y servicios clínicos**

- **1980** — Fundación del *Servicio Clínico de Inmunología*.
- **1981** — Inicio del *Plan de Práctica Médica Intramural*, que se expandirá hasta 2009.
- **1985** — Creación del *Centro de Educación en Geriatria*.
- **1986** — Establecimiento del *Centro de Trauma* y comienzo del proyecto del *Centro Cardiovascular*.
- **Década de 1980** —
  - Expansión de la inmunología básica y clínica.
  - Conferencias anuales de alergia e inmunología (1980–2006).
  - Desarrollo de clínicas comunitarias y residencias en Carolina.
  - Surgimiento de escuelas privadas de medicina (UCC, Ponce).

#### **1990–2000 · Modernización hospitalaria, acreditaciones y auge de la investigación**

- **1989–1993** — Remodelación mayor del *Hospital Universitario de Adultos*.
- **1990** — Primera *unidad de geriatría aguda* en Puerto Rico.
- **1992** — Apertura del *Centro Cardiovascular Avanzado*; luego acreditación para trasplantes de corazón.
- **1994** — Acreditación de la *primera beca en geriatría*.
- **Década de 1990** —
  - Expansión del *Centro de Investigaciones Clínicas (CIC)*.
  - Estudios multicéntricos y apoyo NIH.

- Desarrollo de infraestructura avanzada: citometría de flujo, anticuerpos monoclonales, estudios de VIH y dengue.
- Consolidación del Plan de Práctica Médica Intramural.
- Creación de unidades clínicas especializadas (neuro, IBD, geriatría, intensivo).

## **2000–2010 · Nuevas especialidades, liderazgo y expansión científica**

- **2004–2006** — Organización del *primer Programa de Alergia e Inmunología* de Puerto Rico (Dra. Santaella).
- **2000s** —
  - Expansión de investigación en VIH, dengue, cáncer, salud ambiental y minorías.
  - Fortalecimiento del CIC y de los programas de estudios graduados.
  - Desarrollo de neurociencias, bioética, rehabilitación y demografía.

## **2010–2020 · Consolidación institucional y retos de acreditación**

- **2010s** —
  - Modernización de laboratorios de investigación.
  - Expansión de programas de doctorado en ciencias biomédicas.
  - Crecimiento del Centro Comprensivo de Cáncer (institución vinculada).
- **2021–2022** —
  - Crisis de acreditación en programas clínicos (ej. neurocirugía).
  - Advertencias de Middle States sobre acreditación institucional.

## **2020–2025 · Pandemia, servicio comunitario y renovación institucional**

- **2020–2023** — Respuesta del RCM a la pandemia de COVID-19: rastreo, vacunación, investigación, asesoría científica.

- **2024** — Programas de impacto social como *Recinto pa' la calle*.
- **2025** — Celebración del *75 aniversario de la Escuela de Medicina* (1950–2025).
- **2025–2026** — Continuación de proyectos de infraestructura hospitalaria, investigación traslacional y expansión de servicios clínicos.

# ÍNDICE GENERAL: Modelo Concéntrico 1900–2025

---

## I. Siglo XIX – Primeras bases de la educación médica en Puerto Rico

1. Cátedras de medicina y cirugía en el Hospital Real Militar (1820)
  2. El Ateneo Puertorriqueño y la segunda cátedra de Medicina (1888)
  3. Condiciones sanitarias, epidemias y la necesidad de institucionalización médica
- 

## II. 1900–1925 · Lucha contra enfermedades tropicales y bases científicas

1. Identificación del *Ankylostoma duodenale* por Bailey K. Ashford (1899)
  2. Ley de la Universidad de Puerto Rico y el Departamento de Medicina (1903)
  3. Comisión de Anemia (1904–1908)
  4. Servicios de Enfermedades Tropicales (1908–1911)
  5. Fundación del Instituto de Medicina Tropical e Higiene (1912)
  6. El Hospital Municipal original (1919)
- 

## III. 1925–1950 · Escuela de Medicina Tropical y transición a la Escuela moderna

1. Creación de la Escuela de Medicina Tropical (1924)
  2. Inauguración y primeras décadas (1926–1948)
  3. Expansión arquitectónica y académica (1930s)
  4. Fundación del *Caribbean Primate Research Center* (1936)
  5. Declive bajo Columbia y cierre paulatino (1948)
  6. Comité del Rector Jaime Benítez para una nueva escuela (1943)
  7. Ley 378 y creación de la Escuela de Medicina de la UPR (1949)
  8. Apertura oficial de la Escuela de Medicina moderna (1950)
- 

## IV. 1950–1975 · Fundación moderna, expansión científica y consolidación

## **A. Organización y acreditación**

1. Laboratorio de Cirugía Experimental (1952)
2. Acreditación AMA/AAMC (1954)
3. Reforma curricular y salud pública (1957)
4. Primer decano puertorriqueño: Dr. José R. Vivas (1959)

## **B. Expansión científica y académica**

5. Programas graduados en ciencias biomédicas (1960)
6. Llegada de investigadores internacionales (1960–1970)
7. Organización del Recinto de Ciencias Médicas (1966)
8. Primer rector del RCM: Adán Nigaglioni (1967)

## **C. Infraestructura y currículo**

9. Apertura del edificio del RCM en Centro Médico (1972)
10. Mudanza desde Medicina Tropical (1972)
11. Fundación del Programa de Medicina Familiar (1974)
12. Inicio de la transformación curricular (1975)

---

## **V. 1975–2000 · Transformación institucional y auge de la investigación**

### **A. Educación médica y servicios clínicos**

1. Consorcio Educativo (1975–1994)
2. Programa de Medicina Interna General (PAMIG, 1976)
3. Primer programa de trasplante renal (1977)
4. Servicio Clínico de Inmunología (1980)
5. Centro de Educación en Geriatría (1985)
6. Centro de Trauma (1986)
7. Proyecto del Centro Cardiovascular (1986 → apertura 1992)

### **B. Investigación y expansión científica**

8. Expansión de inmunología básica y clínica (1980–2006)
  9. Clínicas comunitarias y residencias en Carolina
  10. Remodelación del Hospital Universitario (1989–1993)
  11. Primera unidad de geriatría aguda (1990)
  12. Acreditación de la primera beca en geriatría (1994)
  13. Expansión del Centro de Investigaciones Clínicas (CIC) y estudios multicéntricos
  14. Infraestructura avanzada: citometría de flujo, anticuerpos monoclonales
  15. Consolidación del Plan de Práctica Médica Intramural (PPMI)
  16. Unidades clínicas especializadas (neuro, IBD, geriatría, intensivo)
- 

## **VI. 2000–2025 · Siglo XXI: Pandemia, expansión científica y renovación institucional**

### **A. Nuevas especialidades y liderazgo**

1. Programa de Alergia e Inmunología (2004–2006)
2. Expansión de investigación en VIH, dengue, cáncer, salud ambiental

### **B. Desarrollo académico y científico**

3. Fortalecimiento del CIC y programas graduados
4. Desarrollo de neurociencias, bioética, rehabilitación, demografía
5. Modernización de laboratorios (2010s)
6. Expansión del Centro Comprensivo de Cáncer

### **C. Acreditación y retos institucionales**

7. Crisis de acreditación en programas clínicos (2021–2022)
8. Advertencias de Middle States

### **D. Pandemia y servicio comunitario**

9. Respuesta a COVID-19 (2020–2023): rastreo, vacunación, investigación
10. Programas de impacto social (2024)

### **E. Celebración y futuro inmediato**



11. 75 aniversario de la Escuela de Medicina (2025)

12. Proyectos de infraestructura hospitalaria y traslacional (2025–2026)

---

## **VII. Epílogo 2025–2030 · Proyección y madurez institucional**

1. Internacionalización académica
  2. Medicina de precisión y traslacional
  3. Expansión del rol del RCM en el Caribe
  4. Nuevas alianzas clínicas y comunitarias
  5. Currículo híbrido digital
-

## Reforma curricular y salud pública (1957)

La **reforma curricular y el fortalecimiento de salud pública de 1957** ocupa un lugar muy específico y decisivo dentro de la historia temprana de la Escuela de Medicina de la UPR. A continuación, se presenta **una síntesis clara, contextualizada y estructurada**, para integrarse en el índice, narrativa o diagrama concéntrico.

### *Qué fue, por qué ocurrió y qué cambió*

#### 1. Contexto previo (1950–1956)

Durante los primeros años de la Escuela de Medicina (1950–1956), el currículo seguía casi literalmente el modelo de la Universidad de Columbia:

- fuerte énfasis en ciencias básicas,
- cursos impartidos en inglés,
- poca integración entre ciencias básicas y clínicas,
- exposición tardía al paciente,
- escasa formación en salud pública y medicina preventiva.

Al mismo tiempo, Puerto Rico vivía:

- una transición epidemiológica acelerada,
- campañas masivas de control de enfermedades infecciosas,
- expansión de los servicios de salud del Departamento de Salud,
- necesidad de médicos con formación comunitaria.

Esto generó presión para **actualizar el currículo** y adaptarlo a las necesidades del país.

---

#### 2. La reforma de 1957

En 1957, la Escuela de Medicina implementó una **reforma curricular significativa**, cuyo objetivo principal fue **integrar la salud pública y la medicina preventiva** en la formación médica.

#### Cambios clave

- Se fortaleció el Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública.
- Se incorporaron cursos formales de:

- epidemiología,
  - bioestadística,
  - higiene,
  - medicina preventiva,
  - salud ambiental.
- Se ampliaron las experiencias comunitarias y de campo.
  - Se introdujeron prácticas en centros de salud del Departamento de Salud.
  - Se estableció un puente más claro entre ciencias básicas y problemas de salud reales.
  - Se comenzó a perfilar la futura creación de la **Escuela de Salud Pública** (acreditada como tal en 1955, pero fortalecida curricularmente en 1957).

### Objetivo central

Formar médicos capaces de:

- comprender la epidemiología de Puerto Rico,
- trabajar en sistemas regionales de salud,
- participar en campañas de prevención,
- integrar la salud pública a la práctica clínica.

---

### 3. Impacto institucional

La reforma de 1957:

- marcó el **primer rediseño curricular profundo** de la Escuela,
- preparó el terreno para la expansión científica de los años 60,
- fortaleció la relación entre la Escuela de Medicina y el Departamento de Salud,
- anticipó la creación del Recinto de Ciencias Médicas (1966),
- estableció la base conceptual para el **nuevo currículo de 1973**.

Fue, en esencia, el primer paso hacia un currículo **moderno, contextualizado y orientado a la salud pública**.

---

#### 4. Ubicación en el modelo concéntrico

##### Anillo 1950–1975 — Fundación moderna, expansión científica y consolidación

##### Radio: Currículo y Salud Pública

Dentro del anillo, la reforma de 1957 aparece junto a:

- Acreditación AMA/AAMC (1954)
- Primer decano puertorriqueño (1959)
- Programas graduados en ciencias biomédicas (1960)
- Organización del RCM (1966)
- Nuevo edificio en Centro Médico (1972)
- Nuevo currículo (1973)

La reforma de 1957 es el **primer hito curricular mayor** de la Escuela moderna.

---

#### 5. Síntesis para insertar en el índice

##### Reforma curricular y fortalecimiento de salud pública (1957)

- Integración formal de epidemiología, medicina preventiva y salud pública
  - Expansión de experiencias comunitarias
  - Fortalecimiento del Departamento de Medicina Preventiva
  - Adaptación del currículo a las necesidades sanitarias del país
  - Precursor del nuevo currículo de 1973
- 

#### Cómo la reforma de 1957 anticipó el nuevo currículo de 1973

La reforma curricular y el fortalecimiento de salud pública de 1957 fue, de hecho, el **precursor directo del nuevo currículo de 1973**, y ocupa un lugar estratégico en la evolución pedagógica de la Escuela de Medicina. Su importancia no es solo cronológica,

sino **estructural**: introduce por primera vez los principios que, 16 años más tarde, se convertirían en la base del currículo integrado de los años 70.

### **1. Introdujo la integración entre ciencias básicas y salud pública**

En 1957 se incorporaron formalmente:

- epidemiología,
- bioestadística,
- higiene,
- medicina preventiva,
- salud ambiental,
- experiencias comunitarias.

Esto rompió con el modelo puramente biomédico heredado de Columbia y abrió paso a una visión **biopsicosocial**, que sería central en 1973.

### **2. Conectó la formación médica con las necesidades sanitarias del país**

La reforma de 1957 respondió a:

- la transición epidemiológica,
- la regionalización del sistema de salud,
- la necesidad de médicos con sensibilidad comunitaria.

El currículo de 1973 profundizó esta orientación:

- rotaciones comunitarias,
- medicina familiar,
- enfoque en determinantes sociales,
- experiencias longitudinales.

### **3. Fortaleció el Departamento de Medicina Preventiva**

Este departamento se convirtió en:

- el núcleo de la enseñanza de salud pública,
- el puente entre ciencias básicas y clínicas,
- el laboratorio conceptual para el currículo de 1973.

Muchos de los líderes de la reforma del 73 provenían de esta tradición.

#### 4. Introdujo la idea de “currículo dinámico”

Antes de 1957, el currículo era rígido, estático y centrado en conferencias.

La reforma de 1957:

- redujo conferencias,
- aumentó actividades prácticas,
- introdujo evaluación continua,
- promovió la revisión periódica del currículo.

El currículo de 1973 llevó esto al extremo:

- aprendizaje activo,
- integración vertical,
- evaluación por competencias,
- bloques temáticos.

#### 5. Preparó el terreno para la creación del Recinto de Ciencias Médicas (1966)

La reforma de 1957 fortaleció la identidad académica de la Escuela y justificó:

- la expansión de programas graduados (1960),
- la creación del RCM (1966),
- la mudanza al nuevo edificio (1972).

El nuevo currículo de 1973 solo fue posible gracias a esta infraestructura.

---

#### Relación directa entre ambas reformas

| Elemento                   | Reforma 1957 Nuevo currículo 1973 |                         |
|----------------------------|-----------------------------------|-------------------------|
| Integración básica-clínica | Introducida                       | Implementada plenamente |
| Salud pública              | Fortalecida                       | Eje transversal         |
| Medicina comunitaria       | Iniciada                          | Institucionalizada      |

| Elemento                         | Reforma 1957 | Nuevo currículo 1973           |
|----------------------------------|--------------|--------------------------------|
| Evaluación                       | Más continua | Por competencias               |
| Rol del estudiante               | Más activo   | Central                        |
| Relación con el sistema de salud | Estrecha     | Orgánica (Consortio Educativo) |

### Conclusión:

La reforma de 1957 fue el **primer rediseño curricular moderno** de la Escuela de Medicina y **preparó conceptual, pedagógica e institucionalmente** el camino para el currículo de 1973.

---

### Ubicación en el modelo concéntrico

#### Anillo 1950–1975 — Fundación moderna y consolidación

#### Radio: Currículo y Salud Pública

- 1954 — Acreditación AMA/AAMC
- **1957 — Reforma curricular y fortalecimiento de salud pública**
- 1960 — Programas graduados en ciencias biomédicas
- 1966 — Creación del RCM
- 1972 — Nuevo edificio en Centro Médico
- **1973 — Nuevo currículo integrado**

La reforma de 1957 es el **punto** entre la Escuela moderna (1950) y la Escuela transformada (1973).

---

---

## Nuevo Currículo Integrado de 1973

El **nuevo currículo integrado de 1973** fue uno de los hitos más importantes en la historia académica de la Escuela de Medicina de la Universidad de Puerto Rico. Representó un **cambio de paradigma**: dejó atrás el modelo tradicional, rígido y disciplinario heredado de Columbia, y lo sustituyó por un currículo **integrado, contextual, comunitario y centrado en el estudiante**.

A continuación, una explicación completa, estructurada y profunda de **en qué consistió, qué lo hizo innovador, cómo se implementó y por qué transformó la educación médica en Puerto Rico**.

### 1. Integración de ciencias básicas y ciencias clínicas

Antes de 1973:

- Las ciencias básicas se enseñaban aisladas, sin conexión con la práctica clínica.
- El estudiante no veía pacientes hasta el tercer año.
- El aprendizaje era memorístico y fragmentado.

El currículo de 1973:

- **Integró verticalmente** ciencias básicas y clínicas desde el primer año.
- Introdujo **módulos temáticos** (por sistemas, problemas o procesos).
- Conectó anatomía, fisiología, bioquímica, patología y clínica en un solo bloque.
- Introdujo **casos clínicos desde el primer semestre**.

#### Resultado:

El estudiante entendía la relevancia clínica de lo que aprendía desde el inicio.

---

### 2. Exposición temprana al paciente y a la comunidad

El currículo incorporó:

- visitas a clínicas comunitarias,
- rotaciones tempranas en hospitales,
- experiencias en salud pública,



- contacto directo con pacientes desde el primer año.

Esto fue revolucionario para la época y alineado con:

- la regionalización del sistema de salud,
  - la necesidad de médicos comunitarios,
  - la filosofía de medicina familiar emergente.
- 

### **3. Reducción de conferencias magistrales y aumento del aprendizaje activo**

El currículo de 1973 redujo drásticamente:

- conferencias largas,
- clases expositivas,
- enseñanza pasiva.

Y aumentó:

- seminarios,
- discusiones de casos,
- laboratorios integrados,
- aprendizaje basado en problemas (PBL temprano),
- actividades prácticas.

Fue uno de los primeros currículos en EE. UU. y Latinoamérica en adoptar este enfoque.

---

### **4. Evaluación continua y formativa**

Antes de 1973:

- Los exámenes eran pocos, memorísticos y de alto impacto.
- No existía retroalimentación sistemática.

El currículo de 1973 introdujo:

- evaluaciones frecuentes,
- retroalimentación continua,

- remediales tempranos,
- énfasis en competencias,
- uso de exámenes nacionales como referencia externa.

Esto mejoró la calidad académica y redujo la deserción.

---

## **5. Enfoque en salud pública, epidemiología y medicina preventiva**

El currículo de 1973 **profundizó** lo iniciado en la reforma de 1957:

- epidemiología integrada a los módulos,
- salud pública como eje transversal,
- experiencias comunitarias obligatorias,
- medicina familiar como disciplina emergente,
- determinantes sociales de la salud.

Fue un currículo **adaptado a las necesidades reales del país**.

---

## **6. Profesionalismo, humanidades médicas y ética**

El currículo incorporó:

- ética médica,
- humanidades,
- comunicación médico-paciente,
- sensibilidad cultural,
- responsabilidad social.

Esto anticipó tendencias globales que solo se formalizarían décadas después.

---

## **7. Reorganización administrativa y docente**

Para implementar el currículo, la Escuela:

- reorganizó departamentos,

- creó comités curriculares permanentes,
- fortaleció la facultad de ciencias básicas y clínicas,
- estableció mecanismos de coordinación entre disciplinas,
- desarrolló nuevos laboratorios y espacios de enseñanza.

La mudanza al nuevo edificio del RCM en 1972 fue clave para esta transformación.

---

### **¿Por qué fue tan importante?**

1. Fue el primer currículo verdaderamente integrado en Puerto Rico y el Caribe.
  2. Transformó la relación entre estudiante, facultad y paciente.
  3. Preparó el terreno para el Consorcio Educativo (1975–1994).
  4. Alineó la Escuela con tendencias internacionales de educación médica.
  5. Estableció la base conceptual para reformas posteriores (1990s, 2000s).
- 

### **Relación directa con la reforma de 1957**

La reforma de 1957:

- introdujo salud pública,
- fortaleció medicina preventiva,
- inició la integración básica–clínica,
- promovió evaluación continua.

El currículo de 1973:

- llevó esas ideas a su máxima expresión,
- las convirtió en estructura curricular,
- las institucionalizó.

**Conclusión: El currículo de 1973 es la culminación de un proceso iniciado en 1957.**

---

### **Ubicación en el modelo concéntrico**

## **Anillo 1950–1975 — Fundación moderna y consolidación**

### **Radio: Currículo y Salud Pública**

- 1957 — Reforma curricular y salud pública
  - 1960 — Programas graduados en ciencias biomédicas
  - 1966 — Creación del RCM
  - 1972 — Nuevo edificio en Centro Médico
  - **1973 — Nuevo currículo integrado**
-

## Programa de Medicina Familiar

La **Fundación del Programa de Medicina Familiar en 1974** es uno de los hitos más importantes en la transformación académica, comunitaria y sanitaria de la Escuela de Medicina de la Universidad de Puerto Rico. Su ubicación histórica, su razón de ser y su impacto se entienden mejor cuando se coloca dentro del **anillo 1950–1975**, justo en el momento en que la Escuela culmina su primera gran etapa de consolidación y se prepara para el giro comunitario y regional que caracterizará 1975–2000.

### 1. Qué ocurrió en 1974: la fundación del Programa de Medicina Familiar

En **1974**, la Escuela de Medicina de la UPR estableció formalmente su **Programa de Residencia en Medicina Familiar**, convirtiéndose en uno de los primeros programas de esta especialidad en Puerto Rico y en el Caribe. Fue una respuesta directa a:

- la necesidad de médicos generalistas bien entrenados,
- la transición epidemiológica del país,
- la regionalización del sistema de salud,
- la presión para fortalecer la atención primaria,
- la visión de integrar salud pública, comunidad y clínica.

Este programa se convirtió en un **pilar de la medicina comunitaria** en Puerto Rico.

---

### 2. Por qué se creó en ese momento

La década de 1970 fue un periodo de grandes cambios:

- El Departamento de Salud impulsaba la **regionalización**.
- La Escuela de Medicina estaba adoptando un **nuevo currículo integrado** (1973).
- Había necesidad de médicos capaces de trabajar en hospitales regionales.
- La medicina familiar emergía como especialidad en EE. UU. (1970–1972).
- La Escuela buscaba fortalecer su misión social y comunitaria.

La creación del programa en 1974 fue una **respuesta estratégica** a estas fuerzas.

---

### 3. Qué lo hizo innovador

El programa introdujo elementos que no existían en otras residencias:

- enfoque biopsicosocial,
- continuidad del cuidado,
- integración de salud pública y medicina clínica,
- rotaciones comunitarias,
- énfasis en prevención,
- formación en comunicación y relación médico-paciente,
- visión de médico generalista como especialista en la persona y la familia.

Fue un programa **pionero** en Puerto Rico.

---

### 4. Su relación con el Consorcio Educativo (1975–1994)

El Programa de Medicina Familiar fue **precursor directo** del Consorcio Educativo:

- formó médicos para hospitales regionales,
- estableció modelos de práctica comunitaria,
- demostró que la educación médica podía descentralizarse,
- sirvió como base conceptual para el modelo WWAMI adaptado a Puerto Rico.

En otras palabras: **sin Medicina Familiar (1974), el Consorcio Educativo (1975–1994) no habría sido posible.**

---

### 5. Ubicación en el modelo concéntrico

**Anillo 1950–1975 — Fundación moderna, expansión científica y consolidación**

**Radio: Educación Médica Graduada / Medicina Comunitaria / Currículo Integrado**

Dentro del anillo, la secuencia queda así:

- 1957 — Reforma curricular y salud pública
- 1960 — Programas graduados en ciencias biomédicas

- 1966 — Creación del RCM
- 1972 — Nuevo edificio en Centro Médico
- 1973 — Nuevo currículo integrado
- **1974 — Fundación del Programa de Medicina Familiar**
- 1975 — Inicio del periodo de transformación institucional

El programa de 1974 es el **punto entre el currículo integrado de 1973 y el Consorcio Educativo de 1975.**

---

## **6. Síntesis para insertar en tu índice**

### **Fundación del Programa de Medicina Familiar (1974)**

- Primer programa de residencia en Medicina Familiar en Puerto Rico
- Enfoque biopsicosocial, comunitario y preventivo
- Integración de salud pública y atención primaria
- Precursor del Consorcio Educativo (1975–1994)
- Parte esencial del giro hacia la medicina comunitaria

## El Consorcio Educativo (1975–1994)

El **Consorcio Educativo de la Escuela de Medicina de la Universidad de Puerto Rico** fue una de las iniciativas **más innovadoras, ambiciosas y transformadoras** en la historia de la educación médica en Puerto Rico. Su ubicación correcta en el modelo concéntrico es **1975–2000**, porque nació en 1975, alcanzó su madurez en los años 80 y se disolvió en 1994 tras la Reforma de Salud.

***Qué fue, por qué se creó, cómo funcionó y por qué terminó***

### 1. Qué fue

El **Consorcio Educativo** fue un modelo de educación médica **descentralizado**, inspirado en el sistema **WWAMI** (Washington–Wyoming–Alaska–Montana–Idaho) de la Universidad de Washington.

Su propósito era **expandir la formación clínica** de los estudiantes de medicina **fuera del área metropolitana**, fortaleciendo hospitales regionales y acercando la educación médica a las comunidades.

Fue, en esencia, un **sistema de rotaciones clínicas regionales** que integraba:

- la Escuela de Medicina (UPR),
- el Departamento de Salud,
- hospitales regionales,
- y municipios.

---

### 2. Por qué se creó

A mediados de los años 70, Puerto Rico enfrentaba:

- saturación del Hospital Universitario,
- necesidad de médicos en regiones rurales,
- desigualdad en acceso a servicios de salud,
- presión para expandir la educación médica sin construir nuevos hospitales universitarios.

El Consorcio ofrecía una solución:

- llevar estudiantes y residentes a los hospitales regionales,



- fortalecer esos hospitales,
  - crear un sistema de salud más equitativo,
  - formar médicos con sensibilidad comunitaria.
- 

### **3. Cómo funcionó**

El Consorcio estableció **tres centros principales**:

#### **A. Consorcio de Ponce**

- Hospital Damas
- Hospital San Lucas
- Hospital de Distrito de Ponce

#### **B. Consorcio de Caguas**

- Hospital Regional de Caguas
- Clínicas satélites

#### **C. Consorcio de Mayagüez**

- Hospital de Distrito de Mayagüez
- Servicios comunitarios

Los estudiantes realizaban allí:

- rotaciones de medicina interna,
- pediatría,
- obstetricia y ginecología,
- cirugía,
- medicina familiar,
- psiquiatría,
- emergencias.

Los residentes también rotaban, especialmente en:

- Medicina Interna General (PAMIG),

- Medicina Familiar,
  - Pediatría.
- 

#### 4. Impacto

El Consorcio:

- **formó más de 2,000 médicos,**
  - fortaleció hospitales regionales,
  - aumentó el acceso a servicios especializados,
  - creó una cultura de **medicina comunitaria,**
  - permitió que estudiantes vivieran la realidad sanitaria del país,
  - fue un modelo pionero en Latinoamérica.
- 

#### 5. Por qué terminó (1994)

La **Reforma de Salud de 1994** privatizó los hospitales públicos y eliminó el sistema regional de salud. Esto provocó:

- pérdida de control universitario sobre los hospitales,
- cambios administrativos incompatibles con la docencia,
- reducción de plazas para estudiantes y residentes,
- fragmentación de servicios clínicos.

El Consorcio se disolvió formalmente en **1994**, aunque algunos hospitales mantuvieron vínculos informales por unos años.

---

#### Ubicación en el diagrama concéntrico

##### Anillo 1975–2000 — Transformación institucional

El Consorcio es uno de los **radios principales** de este anillo, junto con:

- PAMIG (1976)
- Trasplante renal (1977)

- Inmunología clínica (1980)
  - Centro de Trauma (1986)
  - Centro Cardiovascular (1992)
  - Remodelación del Hospital Universitario (1989–1993)
  - Expansión del CIC
  - Consolidación del PPMI
- 

### **Síntesis para insertar en el índice**

#### **Consortio Educativo (1975–1994)**

- Modelo descentralizado de educación médica inspirado en WWAMI
  - Centros regionales en Ponce, Caguas y Mayagüez
  - Formación clínica comunitaria para estudiantes y residentes
  - Fortalecimiento de hospitales regionales
  - Impacto en acceso a servicios y equidad sanitaria
  - Disolución tras la Reforma de Salud (1994)
-

---

## Programa de Adiestramiento en Medicina Interna General (PAMIG)

El **Programa de Adiestramiento en Medicina Interna General (PAMIG)** pertenece inequívocamente al **anillo 1975–2000** dentro del modelo concéntrico que estamos construyendo. Su ubicación no es arbitraria: responde a su **fecha de creación (1976)** y a su **función histórica** dentro del periodo de transformación institucional más profunda de la Escuela de Medicina.

---

### Ubicación del PAMIG en el modelo concéntrico

**Anillo: 1975–2000 — Transformación institucional, expansión clínica e investigación**

Este anillo recoge:

- El **Consortio Educativo (1975–1994)**
- La expansión de residencias y servicios clínicos
- La creación de nuevas especialidades y programas de adiestramiento
- La modernización hospitalaria
- El fortalecimiento del PPMI
- La consolidación del CIC y la infraestructura de investigación

Dentro de este ecosistema, el **PAMIG** encaja perfectamente.

---

### ¿Qué es el PAMIG y por qué pertenece a este anillo?

#### Año de creación

- **1976** — Se establece el **Programa de Adiestramiento en Medicina Interna General (PAMIG)**.

#### Contexto histórico

El PAMIG surge:

- En el marco del **Consortio Educativo**, que buscaba expandir la formación clínica fuera del área metropolitana.

- Como respuesta a la necesidad de **médicos internistas generalistas** capaces de trabajar en hospitales regionales.
- En un momento en que la Escuela de Medicina estaba redefiniendo su misión comunitaria y su relación con el sistema de salud.

### **Importancia**

- Fue uno de los primeros programas en Puerto Rico orientados explícitamente a la **medicina interna generalista**, no subspecializada.
- Contribuyó a la formación de médicos para el sistema público de salud durante la regionalización.
- Se convirtió en un modelo de adiestramiento clínico comunitario.

---

### **Cómo se integra en el diagrama concéntrico**

#### **Anillo 1975–2000**

#### **Radio: Educación Médica Graduada / Servicios Clínicos / Consorcio Educativo**

Dentro del anillo, el PAMIG aparece junto a:

- **1975–1994 — Consorcio Educativo**
- **1976 — PAMIG**
- **1977 — Primer programa de trasplante renal**
- **1980 — Servicio Clínico de Inmunología**
- **1986 — Centro de Trauma**
- **1986–1992 — Proyecto del Centro Cardiovascular**
- **1989–1993 — Remodelación del Hospital Universitario**
- **1990 — Primera unidad de geriatría aguda**
- **1994 — Primera beca en geriatría**

Es decir: **PAMIG es uno de los primeros brotes del gran anillo de expansión clínica y educativa que caracteriza 1975–2000.**

---

**Resumen:** El PAMIG pertenece al anillo 1975–2000 porque fue creado en 1976 y forma parte del periodo de expansión clínica, educativa y comunitaria impulsado por el Consorcio Educativo y la transformación institucional del RCM.

---

## Medicina de Familia y Salud Pública

En la mayoría de los países, las Escuelas Graduadas de Salud Pública y los Programas de Medicina de Familia trabajan **muy estrechamente**, porque ambos comparten un mismo territorio conceptual: *salud de la comunidad, prevención, determinantes sociales, epidemiología aplicada, sistemas de salud y atención primaria*. Por eso **lo normal es la convergencia**, no la distancia.

La pregunta —¿por qué en el RCM-UPR ha existido distancia?— merece una respuesta estructurada, histórica y analítica.

### 1. Cómo funciona la relación en la mayoría de los centros académicos

En universidades como UNC, Johns Hopkins, Michigan, Washington, UCLA, Tulane o Columbia, la relación entre Salud Pública y Medicina de Familia incluye:

- Cursos compartidos (epidemiología, bioestadística, salud comunitaria).
- Clínicas comunitarias integradas.
- Proyectos de investigación en determinantes sociales.
- Prácticas de campo y rotaciones en salud poblacional.
- Programas MD/MPH.
- Departamentos conjuntos (*Family Medicine & Community Health*).
- Centros de investigación en salud de la comunidad.

Es decir: **la integración es la norma**.

### 2. ¿Qué pasó en el RCM-UPR?

La distancia entre Salud Pública y Medicina de Familia en el RCM-UPR **no es natural**, sino el resultado de una combinación de factores históricos, administrativos y culturales.

#### A. Orígenes institucionales distintos

- **Salud Pública** nació dentro de la *Escuela de Medicina Tropical* (1941), con un enfoque poblacional, epidemiológico y de higiene.
- **Medicina de Familia** nació mucho más tarde (1974), dentro del *Departamento de Medicina*, con un enfoque clínico y comunitario.

Ambas crecieron en **árboles institucionales diferentes**, aunque sus raíces conceptuales eran compatibles.

## **B. La reorganización de 1970–1975 fragmentó estructuras**

Cuando se creó el RCM (1966) y se reorganizaron las escuelas (1970), se establecieron **silos administrativos**:

- Escuela de Medicina
- Escuela Graduada de Salud Pública
- Escuela de Profesiones de la Salud
- Escuela de Enfermería

Cada una con su propio decanato, presupuesto, facultad y cultura. Esto creó **fronteras artificiales** que no existían en otros centros académicos.

## **C. El Consorcio Educativo (1975–1994) reforzó la identidad clínica**

El Consorcio se enfocó en:

- Formación clínica comunitaria
- Hospitales regionales
- Aumento de matrícula médica
- Expansión de residencias

Pero **no integró formalmente a Salud Pública**, a pesar de que el modelo WWAMI sí lo hacía en EE. UU.

## **D. La Escuela de Salud Pública se orientó hacia investigación y posgrados**

Durante los 70–90, Salud Pública en el RCM se fortaleció en:

- Epidemiología
- Bioestadística
- Salud ambiental
- Gerontología
- Salud materno-infantil

Pero **no desarrolló programas clínicos** ni colaboraciones sistemáticas con Medicina de Familia.

## **E. Medicina de Familia se consolidó como disciplina clínica autónoma**



El programa de Medicina de Familia desarrolló:

- Clínicas propias
- Unidades comunitarias
- Su propio “fellowship”
- Su cultura profesional

Esto reforzó su identidad **clínica**, no poblacional.

#### **F. Falta de un liderazgo integrador**

A diferencia de otras universidades, el RCM nunca creó:

- Un Departamento conjunto de *Family Medicine & Community Health*.
- Un Centro de Salud Comunitaria que integrara ambas escuelas.
- Un programa MD/MPH institucionalizado.

Sin estructuras formales, la colaboración quedó a nivel personal, no institucional.

### **3. Factores culturales y profesionales**

#### **A. Diferencias epistemológicas**

- Salud Pública: poblaciones, sistemas, políticas.
- Medicina de Familia: individuos, familias, continuidad clínica.

En teoría son complementarias; en la práctica, en Puerto Rico se percibieron como **mundos distintos**.

#### **B. La hegemonía del modelo hospitalario**

El RCM históricamente privilegió:

- Subespecialidades
- Hospitales terciarios
- Investigación biomédica

Esto dejó menos espacio para modelos comunitarios integrados.

#### **C. La ausencia de una visión de “Primary Care–Public Health Integration”**

Mientras en EE. UU. esta integración se volvió prioridad desde los 90, en Puerto Rico:

- No hubo políticas públicas que la impulsaran.
- No hubo financiamiento federal específico.
- No hubo presión del sistema de salud para integrarlas.

#### 4. ¿Qué se podría hacer hoy para cerrar esa brecha?

Hay oportunidades claras:

- Crear un **Departamento conjunto de Medicina de Familia y Salud Comunitaria**.
- Establecer un **MD/MPH formal** con integración curricular.
- Desarrollar **clínicas comunitarias integradas** con ambas facultades.
- Crear un **Centro de Investigación en Atención Primaria y Salud Poblacional**.
- Integrar a Salud Pública en el currículo preclínico y clínico de Medicina.
- Integrar a Medicina de Familia en cursos de epidemiología aplicada y determinantes sociales.

#### 5. Síntesis

La distancia entre Salud Pública y Medicina de Familia en el RCM-UPR **no es conceptual**, sino histórica y administrativa. En la mayoría de los centros académicos del mundo, ambas disciplinas trabajan juntas porque comparten misión, población y territorio.

En Puerto Rico, la separación se debe a:

- Orígenes institucionales distintos
- Reorganización administrativa en silos
- Falta de estructuras integradoras
- Cultura hospitalaria dominante
- Ausencia de políticas públicas que fomentaran la integración

Hoy, sin embargo, el contexto epidemiológico, demográfico y social del país hace **urgente** una convergencia real.