



Notas para una investigación futura sobre la historia del internado médico en Colombia. Segunda parte: el internado en los siglos XX y XXI

Emilio Quevedo-Vélez¹, María Camila Núñez-Gómez², Leonardo Palacios-Sánchez³, María Catalina Sánchez-Martínez⁴

RESUMEN

Este artículo es la segunda parte de una serie que explora la trayectoria histórica de la configuración del internado en la educación y en la práctica médica. En el artículo anterior se estudió el surgimiento del internado en la Francia napoleónica y su posterior consolidación bajo la reforma flexneriana estadounidense en la educación médica. Esta segunda parte explora, en cinco apartados, el proceso de constitución del internado en el contexto colombiano. El primero empieza analizando la influencia francesa a inicios del siglo xx; el segundo revisa el cambio hacia el modelo flexneriano que se dio con la llegada de varias misiones médicas estadounidenses y por sus sugerencias sobre la educación médica; el tercero estudia el proceso de ensamblaje de estos modelos en el país, su regulación y la crisis de esta; el cuarto recoge las propuestas actuales; en el epílogo se reflexiona sobre el futuro del internado en la coyuntura de la pandemia de la COVID-19.

PALABRAS CLAVE

Colombia; Educación Médica; Historia; Internado Médico; Medicina

¹ Médico, pediatra, PhD Estudios Sociales de la Ciencia, profesor titular de la Universidad del Rosario, director del Grupo de Estudios Sociales de las Ciencias, las Tecnologías y las Profesiones de la misma institución.

² Profesional en Artes Liberales en Ciencias Sociales, profesora auxiliar de carrera e integrante del Grupo de Estudios Sociales de las Ciencias, las Tecnologías y las Profesiones de la Universidad del Rosario. Estudiante de Maestría en Estudios Sociales de la Ciencia, Universidad Nacional de Colombia.

³ Médico y neurólogo, profesor titular de la Universidad del Rosario, miembro del Grupo de Neurociencia, Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad del Rosario.

⁴ Médica, asistente de investigación del Grupo de Estudios Sociales de las Ciencias, las Tecnologías y las Profesiones de la Universidad del Rosario. Estudiante de la Maestría en Salud Pública de la Universidad del Rosario.

Correspondencia: María Camila Núñez-Gómez, maria.nunez@urosario.edu.co

Recibido: marzo 27 de 2020

Aceptado: abril 23 de 2020

Cómo citar: Quevedo-Vélez E, Núñez-Gómez MC, Palacios-Sánchez L, Sánchez-Martínez MC. Notas para una investigación futura sobre la historia del internado médico en Colombia. Segunda parte: el internado en los siglos XX y XXI. *Iatreia*. 2021 Ene-Mar;34(1):33-41. DOI 10.17533/udea.iatreia.69.

SUMMARY

Notes for a future research on the history of the internship in medicine, in Colombia. Second part: The Internship in Colombia (20th and 21st centuries)

This article is the second part of a series that explores the historical process of the configuration of the internship in medical education and practice. In a previous article, we studied the emergence of the internship in Napoleonic France and its latter configuration through the North American Flexnerian reforms to medical education. This second part deals with the process by which the internship was constituted in Colombia through five sections. The first one analyses the French influence at the beginning of the 20th century; the second part, the change towards the North American flexnerian model, which was motivated by the arrival of multiple medical missions and their suggestions regarding medical education; the third part studies the process by which these models assembled in the country, their regulation and its crisis; the fourth discusses the actual proposals; and the epilogue talks about the future of the internship in the COVID-19 pandemics.

KEY WORDS

Colombia; History; Medical Education; Medical Internship; Medicine

INTRODUCCIÓN

A raíz de la creciente influencia del modelo norteamericano de educación médica en nuestro medio hacia la mitad del siglo xx, la llegada de diferentes misiones estadounidenses al territorio colombiano fue el caldo de cultivo para que se iniciara un proceso de cambio en la manera de entender la formación de los médicos y, por tanto, en la estructura del internado médico. En este artículo veremos, en primer lugar la transformación desde el modelo francés al flexneriano; en segundo lugar cómo estos procesos estuvieron permeados por la política del Buen Vecino, la Guerra Fría y la Alianza para el Progreso; en tercer lugar cómo los tomadores de decisiones colombianos interactuaron con las reformas propuestas por medio de varios procesos a través de los cuales lograron privilegiar diferentes intereses; en cuarto lugar las

recomendaciones actuales sobre el internado; y en quinto lugar un epílogo en el que se reflexiona sobre el futuro de esta fase final de la carrera de medicina en la coyuntura de la pandemia de la COVID-19.

PREVALENCIA DEL MODELO FRANCÉS

En Colombia durante el tiempo que duró la hegemonía del modelo médico francés decimonónico el internado se realizó siguiendo sus cánones. Según relata el médico Arturo Campo Posada quien inició su año de internado en 1929 en el Hospital San Juan de Dios de Bogotá, desde el quinto año de la formación médica los estudiantes podían desempeñar el cargo de *interno* participando en un concurso. Quienes ganaban dicho concurso debían trasladarse a vivir a una casa de dos pisos localizada en los predios del hospital y recibían un salario mensual de quince pesos. Cuenta Campo Posada que las habitaciones individuales de los internos estaban localizadas en la segunda planta de dicha casa y que, en la baja, tenían a su disposición juegos de mesa, ajedrez y billar, además de una sala de recibo, cafetería y una excelente biblioteca. Dos veces por semana los internos realizaban, en pareja, la ronda nocturna por todos los servicios del hospital que alojaba más de mil cien pacientes (1).

Para esta actividad iban siempre...

[...] acompañados de una hermana de la caridad que alumbraba con una lámpara Coleman los patios que separaban los pabellones y los oscuros pasadizos. En cada servicio los internos diurnos nos dejaban en un atril movilizable en rodachines la lista de los pacientes más graves que requerían revisiones nocturnas, a los que teníamos que hacerles las prescripciones que nos parecieran indicadas. Los turnos se iniciaban a las siete de la noche y los entregábamos a las siete de la mañana, hora de entrada de profesores, jefes de clínica e internos (1).

A partir de 1930 el nuevo gobierno de orientación liberal* inició una serie de reformas de la política laboral,

* Se trata del inicio de la República Liberal que reemplazó a la llamada "Hegemonía Conservadora" que había detentado el poder gubernamental desde 1886, año en que el movimiento de "La Regeneración" promulgó la nueva constitución de la República de Colombia.

educativa y de salud. Esto como consecuencia de las promesas que el Partido Liberal Colombiano les había hecho a los trabajadores urbanos para mejorar sus condiciones laborales y de vida, y así atraerlos a las urnas para derrotar el conservatismo en las elecciones presidenciales de ese año. Además de las reformas laborales iniciales puestas en marcha por el primer presidente de la República Liberal, Enrique Olaya Herrera (1930-1934), el gobierno nacional, por solicitud del profesor Carlos Esquerro, decidió contratar una Misión Francesa para que visitara la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional. Se trataba de ponerla al día con los adelantos puestos en marcha en la Facultad de Medicina de París y adecuarla a los desarrollos de la nueva mentalidad biopatológica[†] surgida a comienzos del siglo xx (2), con el fin de mejorar la calidad de los médicos en beneficio de las clases trabajadoras. Otras medidas complementarias de esa política fueron la vinculación de la Academia Nacional de Medicina como asesora en salud del Gobierno y la creación del Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social en 1938, ya durante el gobierno de Alfonso López Pumarejo (3).

En 1931, dicha Misión Francesa, conformada por el médico y anatomista francés André Latarjet (director de la misión y profesor de la Facultad de Medicina de París), Louis Tavernier (de la Facultad de Medicina de la Universidad de Lyon) y Paul Durand (subdirector del Instituto Pasteur de Túnez), visitó el país y consolidó en la Universidad Nacional la influencia francesa en la formación y en la práctica médica. En su informe de junio 21 de 1931, dirigido al Congreso de la República, la Misión recomendó unas modificaciones al reglamento vigente de la Facultad de Medicina, en las cuales se incluía una propuesta para la transformación del internado, para ser realizado en el Hospital de San Juan de Dios, los Asilos de Locos y Locas, el Hospicio de Bogotá y la Colonia de Mendigos de Sibaté, siguiendo el modelo ya establecido por la Facultad de Medicina de París. De acuerdo con este reglamento, “solo podrán presentarse al concurso para el internado los externos[‡] de los hospitales que estén desempeñando esas funciones y que las hayan desempeñado por lo menos durante un año y los internos provisionales (o suplentes)” (4).

Estos internos serían nombrados por un periodo de cuatro años y debería garantizarse entre 47 y 50 puestos, los cuales debían ser renovados por cuartas partes cada año, de tal manera que quedaran de 12 a 14

cargos disponibles. El concurso constaría de una prueba escrita de anatomía y fisiología, otra de patología externa e interna y una relacionada con algún tema de urgencias. Una vez entregada, esta debía ser leída ante un jurado examinador que la calificaba. Después de ser aceptados los internos serían adjudicados a los servicios del hospital y deberían rotar cada seis meses. Allí, estos quedaban bajo la autoridad del jefe de servicio respectivo y tenían que ejecutar las prescripciones que él considerara necesarias, tomar las observaciones de la evolución de los pacientes, asistir a las operaciones y practicar pequeñas cirugías, así como atender las urgencias ante la ausencia del jefe del servicio. De acuerdo con esta propuesta de reglamento, los internos deberían ser alojados y alimentados por el hospital, pero cada uno de ellos debería realizar un turno de guardia durante 24 horas. Además del interno de turno en los servicios generales y en los de especialidad, habría uno dedicado a los servicios de maternidad (2).

Al seguir las recomendaciones de los visitantes, el 24 de julio de 1931, se inició la reorganización de la Facultad de Medicina de Bogotá. En el año de 1934 el gobierno del presidente Olaya Herrera ordenó unificar los planes de estudio de las facultades universitarias[§] mediante el Decreto 1569 del 2 de agosto. Este establecía un plan de siete años que incluía un preparatorio dedicado a las ciencias naturales, seis de carrera médica y la reglamentación del internado (5). Este nuevo plan de estudios rigió en las facultades de medicina del país hasta la implementación de la reforma flexneriana, en la segunda mitad del siglo xx.

LA TRANSICIÓN AL MODELO ESTADOUNIDENSE

Después de la Segunda Guerra Mundial (1939-1945), en abril de 1948, se realizó en Bogotá la IX Conferencia Panamericana. Este evento tenía entre sus finalidades discutir la propuesta elaborada, en 1947 por el General

[†] Mentalidad médica que integraba los enfoques y los métodos de las mentalidades anatomoclínica, fisiopatológica y etiopatológica, características de la medicina francesa del siglo XIX.

[‡] Los externos eran los estudiantes que no vivían en el hospital, a diferencia de los internos que se trasladaban a vivir en la institución.

[§] Para el momento existía en el país una Facultad de Medicina de la Universidad Nacional en Bogotá; otra de la Universidad de Antioquia en Medellín; y, una tercera, de la Universidad de Cartagena en dicha ciudad.

George Marshall, a la sazón del Secretario de Estado del gobierno de Harry Truman, para la reconstrucción de la Europa de posguerra con la intención de cerrarle el paso al comunismo. Dicha propuesta posteriormente denominada "Plan Marshall", solicitaba la participación económica de los países latinoamericanos en el mencionado proceso de reconstrucción. No obstante y como consecuencia de la muerte violenta de Jorge Eliecer Gaitán, el 9 de abril de ese año, mientras se encontraba reunida la Conferencia, los ministros de relaciones exteriores de los países americanos allí reunidos y encabezados por el ministro colombiano Eduardo Zuleta Ángel exigieron que el Plan Marshall se extendiera y ampliara también a Latinoamérica, puesto que el asesinato que acababa de ocurrir era, según ellos, una clara muestra de que el comunismo estaba también comenzando a entrar en América Latina (6).

En ese contexto, al final de ese año, llegó a Bogotá la primera misión médica estadounidense del Unitarian Service Committee, dirigida por el cirujano G. H. Humphreys, con el fin de evaluar la situación de la educación médica en Colombia. Después de revisar los planes de estudio de la Universidad Nacional y sus centros de práctica, la Misión llegó a la conclusión de que los estudios médicos en Colombia estaban apoyados en el modelo francés, ya desactualizado y pasado de moda en los Estados Unidos. Por lo cual recomendó que las facultades de medicina optaran por la implementación del modelo flexneriano** (6-8).

Debido a que gran parte de los directivos y docentes de las facultades de medicina del país^{††} habían sido formados en el modelo francés, no les hicieron mucho caso a las recomendaciones de esta primera misión estadounidense. Sin embargo, durante esta década, Colombia estaba bajo una fuerte y constante influencia estadounidense. En efecto, desde 1947, se había creado el Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública (SCISP) como una dependencia del Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social, y anexo a la División de Salud del Instituto de Relaciones Interamericanas, entidad dirigida por Nelson Rockefeller y creada por el gobierno de Franklin Delano Roosevelt, para coordinar su política del "Buen Vecino". Esta iba dirigida a mejorar las relaciones de los Estados Unidos con los países latinoamericanos, para contrarrestar la posible influencia de los países del Eje durante la Segunda Guerra Mundial (9). El SCISP entraría a colaborar con "el Ministerio de Higiene en

los programas de saneamiento del país" (10), y con la formación de personal sanitario colombiano en las universidades de los Estados Unidos.

Igualmente, en 1950, ya durante el gobierno de Laureano Gómez Castro, también vino una misión estadounidense que estudió la problemática de la organización política de la rama ejecutiva y formuló el llamado "Plan Currie". Este recomendó modificar el ya existente Ministerio de Higiene y convertirlo en un Ministerio de Salud. En dicha reforma, el SCISP que antes desempeñaba el rol de una oficina asesora extranjera del Ministerio, quedó integrado al Comité Central de este y con comunicación directa con el ministro, poniendo en marcha lo que Wise y Ross han llamado un "gobierno invisible"^{†††} (11). Debido al desgano con que las facultades de medicina del país habían tomado las recomendaciones de la Misión Humphreys, el Instituto de Relaciones Interamericanas y el SCISP a petición de la Universidad Nacional de Colombia, recomendaron al gobierno la contratación de una segunda misión médica estadounidense con el fin de que las facultades se adecuaran a las nuevas propuestas del Ministerio (12).

Por esta razón, entre el 2 de julio y el 30 de agosto de 1953, ya durante la dictadura del General Gustavo Rojas Pinilla, una segunda misión médica estadounidense visitó a Colombia, la que se llamó "Misión Lapham" por el nombre de su director el médico Maxwell Lapham, decano de medicina de la Universidad de Tulane. "La Universidad Nacional apadrinó la Misión, sufragó todos los gastos, y proveyó muchas de las facilidades necesarias para el estudio". La Misión, aunque tuvo como base de operaciones la Universidad Nacional, visitó y estudió las otras seis escuelas^{§§} de medicina de la nación y sus hospitales de enseñanza. Esta segunda Misión volvió a proponer la "flexnerización" de las facultades de medicina de Colombia y su

** Para más información sobre este modelo ver (7).

†† En ese momento, continuaban funcionando la Facultad de Medicina de la Universidad de Cartagena, la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional y la recién creada Facultad de Medicina de la Universidad Javeriana, fundada en 1942.

††† Consiste en el envío de misiones y asesores que se ubican de manera estratégica en los gobiernos locales para impulsar desde adentro las políticas de gobiernos extranjeros.

§§ Además de las ya mencionadas, habían sido creadas tres más en la década del 50: las de las universidades del Cauca, del Valle y de Caldas.

integración a través de una Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (ASCOFAME), la cual fue creada en 1959 (6).

No obstante, en el mes de enero de 1958, ya rigiendo en el país un nuevo orden político durante el gobierno de la Junta Militar que reemplazó al General Rojas Pinilla, el decano de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional, Eduardo Cortés Mendoza, había propuesto al Consejo de dicha Facultad la creación de un Comité de Estudios Postgraduados, el cual fue aprobado. Dicho Comité funcionaría como asesor de la decanatura, tendría como función principal “dar normas para la organización de programas de adiestramiento hospitalario [internado y residencias] y de cursos de actualización para médicos en ejercicio” (13).

Una vez creado, este Comité tuvo como sede el Hospital de la Samaritana de Bogotá y allí se inició un programa regular de internado y residencia en cirugía bajo la dirección de José Félix Patiño. Asimismo, este Comité comenzó a planear los programas de internado a partir del establecimiento de unos requisitos mínimos y de unas normas generales para dichos programas. Poco después el Hospital San Juan de Dios con Rafael Casas Morales a la cabeza, dio comienzo también a programas regulares de internado y residencia siguiendo el modelo de otros hospitales universitarios, especialmente el del Hospital Departamental Universitario de Cali y el de San Vicente de Paúl en Medellín*** (13).

Años después, en la primera Asamblea General de ASCOFAME, reunida en Popayán en julio de 1960, se aprobó la creación de un comité permanente que se dedicaría “al estudio de los organismos sanitarios del país más adecuados para hacer fecunda la tarea de educación médica a que está obligada esta Asociación”. Dicho comité quedó integrado por el Ministro de Salud Pública, el presidente de ASCOFAME, el presidente de la Asociación Colombiana de Hospitales, el presidente de la Federación Médica y el decano de Medicina de la Universidad Nacional. Esta Asamblea, aprobó igualmente las primeras normas mínimas para la aceptación de hospitales, las cuales incluían deberes de las Facultades de Medicina, de los internos y de los hospitales. Al mes siguiente, ASCOFAME creó el Comité de Acreditación de Hospitales que inició labores en el Hospital San Juan de Dios, con el fin de “instituir un organismo académico nacional que dictara normas a la organización de programas de internado y residencia,

coordinara el funcionamiento de estos programas y velara por el mantenimiento de los requisitos mínimos que garanticen la bondad de estos programas” (13). Dicho organismo debería funcionar además como asesor del Ministerio de Salud Pública.

En este sentido ASCOFAME también aprobó unos requisitos mínimos para programas de internado rotatorio, bajo la expedición de las “Recomendaciones sobre el tema de Reglamentación del Internado y Acreditación de Hospitales”, además del ya mencionado Comité Asesor Permanente de Acreditación de Hospitales (13). “Desde septiembre de 1961 hasta agosto de 1962, este Comité fue asesorado por Ross Porter, experto en administración de Hospitales del Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública”. El 26 de abril de 1962, el Comité presentó un informe al Consejo Directivo de ASCOFAME anotando unas características alarmantes: de 588 hospitales con 44.157 camas, solo 57 respondieron el cuestionario que se les envió, pero de estos solo 6 llenaron los requisitos mínimos para ser acreditados para programas de internado, 15 no tenían agua potable, 30 no tenían planta eléctrica propia, solo 26 tenían servicio permanente de laboratorio clínico, 14 departamento propio de patología y solo 23 contaban con biblioteca. Ante esta situación, el Comité tuvo claridad de la inminente necesidad de poner en marcha un “esfuerzo común cuidadosamente coordinado” para elaborar un Plan Nacional Hospitalario*** (13), proyecto enmarcado en la política de la Alianza para el Progreso para la creación de Sistemas Nacionales de Salud, coordinada por la Organización Panamericana de Salud (OPS).

DE LA REGULACIÓN NACIONAL A LA CRISIS

Paralelamente, surgió la Ley 14 de 1962 (14), mediante la cual se dictaron las normas para el ejercicio de la medicina y la cirugía, señalando en su artículo cuarto que “[...] los estudiantes de medicina y cirugía que

*** La Universidad del Valle fue la primera en adoptar de entrada el modelo flexneriano a partir de su fundación en 1950 y, desde el mismo año, la de Antioquia había comenzado a hacer cambios progresivos en su modelo francés de educación médica, complementándolo con algunas de las recomendaciones de la Misión Humphreys de 1948 en lo referente a las propuestas flexnerianas.

††† Este proyecto se convirtió después en la Ley 12 del 17 de mayo de 1963 la cual fue sancionada por el presidente Guillermo León Valencia.

terminen sus estudios requieren como requisito [para] el grado, que la respectiva facultad o escuela tenga incorporado en su plan de estudios al menos un año de internado obligatorio” (14).

Esto significa que, para ese momento, ya se consideraba el internado como requisito necesario para consolidar los conocimientos adquiridos y como un espacio para realizar procedimientos bajo supervisión de médicos, previo a recibir el título y pasar a la realización del año rural. Este nuevo esquema recogía la propuesta de internado rotatorio adoptada por el modelo de educación médica flexneriano y recomendada por las dos misiones estadounidenses que visitaron al país. Como consecuencia de esta Ley, todas las facultades de medicina debieron adoptar esta propuesta del internado, la cual fue sistematizada por ASCOFAME en un documento titulado “El Internado Rotatorio” (15).

El médico interno ejercía funciones asimilables a las que ejecuta un médico hospitalario en la actualidad. Aunque seguía siendo alumno de pregrado, en la mayoría de las Facultades de medicina, el interno pagaba un valor de matrícula simbólico. A su vez el hospital o los hospitales donde llevaba a cabo estas prácticas le reconocían un estipendio mensual frecuentemente asimilado como una beca. Ellos no recibían clases magistrales y su aprendizaje era de tipo práctico, realizando actividades bajo la supervisión de los médicos del servicio por el que iban rotando. El horario era amplio, con 10 a 12 horas de permanencia diaria en el hospital, con turnos de 24 horas, con compensatorio de acuerdo con el criterio del servicio, y con una frecuencia variable dependiendo de la rotación (16).

En ese momento los internos entraban a formar parte del cuerpo médico, portaban un carné expedido por el hospital que los identificaba como “Médico Interno”. Además, en la mayoría de las instituciones tenían un sello que les confería la posibilidad de realizar órdenes médicas, prescribir medicamentos, solicitar ayudas diagnósticas, dar incapacidades y otras actividades que hoy corresponden con las que realiza un médico hospitalario. Se les brindaba la alimentación, se les entregaban batas blancas que eran renovadas semanalmente, ropa quirúrgica para todos los procedimientos y elementos de protección, además de participar de todas las actividades de cada servicio con un importante grado de autonomía (16).

No obstante, en la práctica, los internos llevaban la carga más pesada del trabajo asistencial hospitalario,

pues se encargaban de todas las labores asistenciales no apetecidas por los médicos de planta y los profesores. Al respecto, en 1986 se realizó el Simposio Nacional: “El futuro de la educación médica en Colombia” convocado por la decanatura de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, en el cual se llevó a cabo la mesa redonda “El internado: limbo académico y jurídico”. El cirujano cardiovascular Francisco Gómez Perineau, fungiendo como moderador de esta última afirmaba: “el interno es tan solo un joven que termina su fase, propiamente académica, para quedar luego abandonado durante un año, a su propia suerte y sin que, durante este periodo, nadie reflexione sistemáticamente sobre este proceso ni se ocupe de la situación”. A su vez, el médico general Eduardo Alvarado Santander, uno de los participantes de la mesa redonda, insistió en que “el estado de indefinición del internado explica, en buena parte, el abuso por parte de empleadores y educadores”. Ante esta situación, otros participantes, como Jaime Escobar Triana, rector de la Escuela Colombiana de Medicina de Bogotá, comprometido con un plan de reforma muy avanzado para su época, opinaba que “el tiempo del internado debe estar incorporado en todo el proceso formativo, haciendo parte del currículo y, en ninguna forma debe tomarse como un relleno final dentro de este proceso, en el que por último, queda abandonado el interno sin importarle a nadie”. A su vez, Ismael Roldán Valencia, a la sazón del decano de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional proponía la posibilidad de “diseñar otras formas diferentes para el internado que no sigan el patrón tradicional” (17).

En el año de 1996 se produjo un cambio cualitativo en la condición de los internos. El Decreto 190 de ese año, en el parágrafo 1 del artículo 12, señaló que: “Los internos para todos los efectos son considerados alumnos de pregrado” (18). La consecuencia fue que dicho año de internado se convirtió en los dos últimos semestres del pensum académico de cada facultad y, en la gran mayoría de ellas, se impuso el pago de matrícula, la eliminación del estipendio mensual que recibían y la reducción progresiva de su autonomía. Finalmente, este Decreto redujo el número de horas de dedicación del internado a 66 a la semana, con turnos que no podían superar 12 horas y compensatorios inmediatamente después de su realización (16).

Más allá de estos cambios que ha sufrido el año del internado como fase de culminación de la formación

médica hospitalaria, los educadores médicos continúan considerándolo como una práctica fundamental para la consolidación de los saberes y prácticas médicas necesarias para el ejercicio de la profesión. Salvo modificaciones establecidas por las diferentes facultades de medicina con relación a la flexibilización y pasantías internacionales (19)^{***}, esta última versión de ese año práctico no ha experimentado mayores cambios.

PANORAMA ACTUAL: EL INTERNADO ANTE LAS NUEVAS PROPUESTAS DE REFORMA DE LA EDUCACIÓN MÉDICA

Como hemos mostrado en los apartados anteriores, el internado se ha concentrado, mayoritariamente, en reforzar las habilidades clínico-quirúrgicas de los médicos en formación. No obstante, desde la conferencia de Alma Ata realizada en el 1978 surgió una preocupación por garantizar la Atención Primaria en Salud (APS) y la implementación de una salud comunitaria enmarcada en un discurso para cerrar la brecha entre los países en desarrollo y los desarrollados (20). Esto implicó un impulso de transformación en la práctica médica que llevó a la modificación de los principios de enseñanza del pregrado, incluyendo los espacios de práctica extramurales en las comunidades, tanto urbanas como rurales, así como la exigencia de nuevas capacidades profesionales relacionadas con los aspectos sociales y culturales de la práctica médica. Algunas universidades y hospitales se pusieron al día con estas perspectivas educativas nuevas e incluyeron en su programa de internado algunas rotaciones extramurales, pero el grueso del programa continuó por el mismo camino por el que venía de antes.

Con la consolidación del modelo neoliberal y la consecuente privatización de los servicios, los principios de la salud comunitaria y de la APS fueron progresivamente dejados de lado por las instituciones prestadoras de salud en el ámbito mundial, que comenzaron a centrarse más en la venta de servicios de atención médica y en la rentabilidad que esta podía tener, siguiendo los principios propuestos por Lalonde y Blum en su modelo del “Campo de la Salud”, alejando más la posibilidad de que el internado pudiera ir más allá de la formación puramente clínico-quirúrgica.

En Colombia el proceso de neoliberalización del sistema de salud que se consolidó con la Ley 100 de 1993,

exigía que el médico se formara como un clínico que pudiera trabajar en los distintos niveles de atención del sistema de salud y seguridad social, pero, sobre todo, en aquellos espacios donde se prestan los servicios que más rentabilidad le dan al sistema. Sin embargo, este enfoque de la concentración de la inversión en salud en hospitales de alta tecnología desde los años setenta, ha sido criticado en el ámbito mundial por la privatización de los servicios y porque la solución de los problemas de salud de las personas y de las comunidades son resueltas de manera inequitativa. En efecto, este sistema basado en el aseguramiento crea categorías de atención individual según la capacidad de compra del usuario y deja de lado la solución de las necesidades de salud de la comunidad. En nuestro país, la Ley 1751 de 2015, conocida como Ley Estatutaria de Salud, definió la salud como un derecho fundamental y estableció disposiciones para que fuera entendida y ejecutada como tal por parte de todos los estamentos nacionales. No obstante, el gobierno propuso paralelamente una Ley Ordinaria de reforma de la Ley 100, en la cual la permanencia y peso de las tendencias políticas y económicas neoliberales y los intereses de los actores han frenado muchos de estos procesos. Como bien lo planteaba Mario Hernández Álvarez, refiriéndose a este proyecto de ley, lejos de reconocer el derecho a la salud, las propuestas del gobierno conservan lo esencial del modelo neoliberal, perpetuando la separación entre bienes privados y públicos en salud, inequidad y segmentación, favorece intermediarios, no resuelve problemas estructurales del sistema y no se orienta a los resultados en salud (21,22).

En este contexto nacional e internacional, las discusiones sobre la educación médica y el papel del internado han sido retomadas recientemente en el país, especialmente, en cabeza de la Comisión para la Transformación de la Educación Médica en Colombia (23) y la reunión de Consenso sobre Educación Médica, realizada en Montería del 1 al 3 de noviembre de 2017. Organizada por ASCOFAME en esta se propuso la creación del Consejo General de Educación Médica (CGEM) compuesto de tres salas permanentes: la de pregrado, la de posgrado y la de desarrollo profesional permanente. En el Congreso Mundial de Educación Médica, organizado por esta misma institución y efectuado en Cartagena del 24 al 26 de marzo del 2019, estas tres salas presentaron sus informes de avances y conclusiones.

^{***} Como ejemplo de esta flexibilización, véase (19).

La Sala de Pregrado presidida por el médico y cirujano Gustavo Quintero Hernández, a la sazón, presidente de ASCOFAME, presentó el documento "Avances, acuerdos y recomendaciones. Sala de Pregrado". Este propuso diez recomendaciones, de las cuales, la número dos: Formar un médico confiable y con alta capacidad resolutive, se concentra en presentar estrategias para lograr contrarrestar la actual escasez de médicos generales en Colombia para suplir las demandas de salud del país bajo un nuevo esquema conceptual del proceso salud-enfermedad (24). En términos generales, las recomendaciones se concentraron en adoptar e implementar un nuevo formato de currículo médico para el internado compuesto por Resultados de Aprendizaje Esperados (RAE), integrado a los primeros niveles de atención y con un componente flexible. Así mismo, procuraría por incentivar la formación de la capacidad resolutive de los estudiantes en todas las áreas de la atención y la práctica médica: las ciencias básicas y biomédicas, la psicología aplicada, las ciencias sociales, la ética, salud pública y de poblaciones y la investigación (25).

Adicionalmente, en la propuesta del currículo es claro que los campos de práctica deben ser variados e incluir escenarios multinivel para poder salirse del modelo netamente hospitalario y dar oportunidades de formación en comunidad. Consecuentemente, se debe priorizar la atención primaria renovada, con exposición a las rutas integrales de atención (RIAS) y una bitácora unificada de procedimientos, junto con un sistema adecuado de evaluación y retroalimentación (25).

EPÍLOGO

Si bien estas recomendaciones apuntan a fortalecer las capacidades resolutive del médico en una concepción más amplia de la salud y la enfermedad, como hemos visto, para que las reformas a la educación médica funcionen adecuadamente deben ir de la mano de unos sistemas de salud que tengan los mismos pilares. De no ser así se empiezan a formar médicos y médicas con unas capacidades que no podrían aplicar completamente en su ejercicio profesional.

Estos sistemas de salud que median su atención entre lo privado y lo público, en el marco de la gran pandemia de COVID-19, han entrado en crisis. En la actualidad, este reto de salud global está haciendo que, en Colombia, los

servicios privados y públicos comiencen a integrarse para poder prestar una atención médica acorde con las exigencias de la crisis sanitaria. En la práctica estos servicios se están articulando en un solo cuerpo, unificado y coordinado por el Ministerio de Salud en el cual, además de lo clínico-quirúrgico, se destaca la importancia de la solución de los problemas de salud en las comunidades, el uso de la medicina preventiva y la implementación de los servicios hospitalarios para todas las personas.

A pesar de este esfuerzo, la estructura de los servicios continúa siendo inequitativa, por las razones ya mencionadas, pero podría ser esta una gran oportunidad para optar por un sistema nacional de salud, con carácter universal, que le ofreciera todos sus servicios por igual a toda la población. En este marco, el programa de internado se encuentra en una encrucijada que exigiría poner en marcha de manera contundente un modelo cercano a la propuesta de la Sala de Pregrado del CGEM.

CONFLICTOS DE INTERESES

Este artículo hace parte de los resultados del proyecto de investigación Historia de la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad del Rosario, 1969-2017, financiado por esta.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Campo Posada A. Una vida, un médico. Bogotá: Ediciones Fondo Cultural Cafetero; 1982.
2. Colombia. Ministerio de Educación. Informe del Ministro Abel Carbonel al Congreso Nacional de 1931. Bogotá: Imprenta Nacional; 1931.
3. Quevedo VE, Borda C, Eslava JC, García CM, Guzmán MdP, Mejía P, et al. Café y gusanos, Mosquitos y Petróleo. El tránsito de la higiene hacia la salud pública en Colombia, 1873-1953. Bogotá: Universidad Nacional; 2004.
4. Colombia. Senado de la República. Informe que la Misión Francesa contratada por el gobierno nacional rinde sobre la organización de la Facultad de Medicina de Bogotá. Bogotá: Imprenta Nacional; 1931.
5. Quevedo VE, Pérez GE, Miranda CN, Eslava JC, Hernández AM, Manosalva Roa C, et al. Historia de la Medicina en Colombia. Bogotá: Norma; 2015.
6. Quevedo VE, Hernández AM, Miranda CN, Mariño C, Cárdenas H, Wiesner C. La Salud en Colombia

- Análisis Sociohistórico. Bogotá: Ministerio de Salud-Departamento Nacional de Planeación; 1990.
7. Palacios-Sánchez L, Núñez-Gómez MC, Quevedo-Vélez E. Notas para una investigación futura sobre la historia del internado médico en Colombia, siglo XX. Primera parte: antecedentes europeos y norteamericanos. (siglo XIX e inicios del XX). *Iatreia*. 2019;32(1):84-90. DOI 10.17533/udea.iatreia.v32n1a04.
 8. Humphreys II GH. Informe de la Misión Médica Unitaria a Colombia. *Boletín Clínico*. 1950;10(10):271-317.
 9. Hernández Álvarez M, Obregón Torres D, Miranda Canal N, García CM, Eslava Castañeda JC, Vega Romero R, et al. La Organización Panamericana de la Salud y el Estado colombiano: cien años de historia, 1902-2002. Bogotá: OPS; 2002. 442 p.
 10. *Revista de Facultad de Medicina*. Los directores del servicio cooperativo interamericano de salud pública. *Rev Fac Med*. 1943;12(1):33-4.
 11. Wise D, Ross TB. *The Invisible Government*. New York: Random House; 1964.
 12. Téllez PM, Quevedo VE. Cold War Invisible Government and Asymmetric Interdependence: The Birth of a Ministry of Public Health in Colombia, 1946 - 1953. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*. En prensa. 1955.
 13. Covelli VH. El Comité de Acreditación de Hospitales de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina. In: ASCOFAME, editor. *Medicina y Desarrollo social la contribución de la educación médica a la tarea del desarrollo económico-social*. Bogotá: Tercer Mundo; 1964. p. 72-9.
 14. Colombia. Senado de la República de la Colombia. Ley 14 por la cual se regula la profesión médica [internet]. [Consultado el 15 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=66137>
 15. Asociación Colombiana de Facultades de Medicina. *Internado Rotatorio*. Bogotá: Tercer Mundo; 1964.
 16. Entrevista con Quevedo Vélez E, Profesore Universidad del Rosario, Bogotá, 2019.
 17. Universidad de Antioquia. Facultad de Medicina. *El futuro de la educación médica en Colombia*. Medellín: Universidad de Antioquia; 1989.
 18. Colombia. Sistema General de Seguridad Social en Salud. Decreto 190 de 1996 por el cual se dictan normas que reglamentan la relación Docente-Asistencial en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. *Diario Oficial*, (Ene 25 1996).
 19. Ruiz Sternberg ÁM, Beltran J, Palacios-Sánchez L. Experiencia del internado flexible en la Facultad de Medicina de la Universidad del Rosario. *Rev Cienc Salud*. 2006;4(2):93-102.
 20. Pan American Health Organization. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. 1978 [internet]. [Consultado el 14 de abril de 2020]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>
 21. Hernández Álvarez M. Reforma a la salud: el proyecto del gobierno legitima el negocio. *Razón Pública*. 2013 abr 1; [internet]. [Consultado 2020 20 abr]. Disponible en: <https://razonpublica.com/reforma-a-la-salud-el-proyecto-del-gobierno-legitima-el-negocio/>
 22. Toro Arroyave LF. Entrevista a Mario Hernández Álvarez. *Periódico El Pulso*, 2013 [internet]. [Consultado 2020 20 abr]. Disponible en: www.periodicoel-pulso.com/html/1304abr/debate/debate-06.htm
 23. Colombia. Comisión para la Transformación de la Educación Médica. Documento de recomendaciones para la transformación de la educación médica en Colombia. Bogotá: Ministerio de Educación; 2017.
 24. Quevedo E. Comprensión histórico-crítica del proceso salud-enfermedad: base para una reforma curricular en medicina. En: Quintero GA. *Educación Médica. Diseño e Implementación de un currículo basado en resultados de aprendizaje*. Bogotá: Universidad del Rosario; 2012. p: 269-314.
 25. Consejo General de Educación Médica-CGEM, Sala de Pregrado. *Avances, acuerdos y recomendaciones*. Sala de Pregrado. Bogotá: ASCOFAME; 2019.

