

Capítulo 10. Características y currículos de las primeras residencias médicas en la Universidad del Valle (1955-1980)

Carlos Alberto Miranda Bastidas¹

Cítese como: Miranda-Bastidas, C. A. (2022). Características y currículos de las primeras residencias médicas en la Universidad del Valle (1955-1980). En A. F. Uscátegui-Narváez y D. A. Rodríguez-Ortiz (comps.), *Retos de la pedagogía, la investigación y la cultura* (pp. 166-180). Editorial UNIMAR. <https://doi.org/10.31948/editorialunimar.168>. c203

Resumen

A mediados de los años cincuenta del siglo pasado se formalizó en Colombia el estudio de los posgrados médicos por medio de la estrategia de las residencias en la Universidad del Valle, que había sido la primera en adoptar el modelo Flexner y, también, una de las primeras en montar los programas de residencias. Los planes y las actividades fueron tomadas del modelo de Johns Hopkins, que incluía dedicación exclusiva. Las diferencias en los recursos y culturas hicieron que los currículos locales realizaran adaptaciones y adiciones, lo que resultó en currículos eclécticos donde se reconciliaba conflictos entre diferentes tendencias académicas. En los años 60 se agregó actividades comunitarias al currículo, para tratar de integrar los problemas de la realidad nacional a la educación médica de posgrado. Además de los conflictos académicos, las residencias evidenciaron problemas en la relación hospitalaria; los residentes eran trabajadores sin fuero laboral y se les sobrecargaba de responsabilidades en la atención de pacientes. A pesar de los reclamos de los años 60 y 70, estos no lograron cambios significativos a nivel de la estructuración de los programas.

Palabras clave: residencia; posgrado médico; currículo; educación médica.

Characteristics and curriculums of the first medical residences at the *Universidad del Valle* (1955-1980)

Abstract

In the mid-fifties of the last century, the study of medical postgraduate degrees was formalized in Colombia through the strategy of residencies in the *Universidad del Valle*, which had been the first to adopt the Flexner model, and also one of the first to mount the residency programs. The plans and activities were taken from the Johns Hopkins model, which included full dedication. Differences in resources and cultures caused local curricula to make adaptations and additions,

¹Profesor Universidad del Valle. Correo electrónico: carlos.miranda@correounivalle.edu.co

resulting in eclectic curricula where conflicts between different academic trends were reconciled. In the 1960s, community activities were added to the curriculum to integrate the national reality problems into postgraduate medical education. In addition to the academic conflicts, residents showed problems in the hospital relationship; the residents were workers without work privileges, and they were overloaded with responsibilities in the care of patients. Despite the claims of the 60s and 70s, these did not achieve significant changes at the level of the structuring of the programs.

Keywords: medical residency; medical graduate; curriculum; medical education.

Características e currículos das primeiras residências médicas na *Universidad del Valle* (1955-1980)

Resumo

Em meados dos anos cinquenta do século passado, o estudo da pós-graduação médica foi formalizado na Colômbia por meio da estratégia de residências, a *Universidad del Valle*, que havia sido a primeira a adotar o modelo Flexner, é também, uma das primeiras estabelecer programas de residência. Os planos e atividades foram retirados do modelo Johns Hopkins, que incluía dedicação total. As diferenças em recursos e culturas fizeram com que os currículos locais fizessem adaptações e aditivos, resultando em currículos ecléticos onde os conflitos entre as diferentes tendências acadêmicas foram reconciliados. Na década de 1960, as atividades comunitárias foram agregadas ao currículo para tentar integrar os problemas da realidade nacional ao ensino de pós-graduação em medicina. Além dos conflitos acadêmicos, as residências apresentavam problemas na relação hospitalar; os residentes eram trabalhadores sem privilégios de trabalho e estavam sobrecarregados de responsabilidades no cuidado aos pacientes. Apesar das reivindicações das décadas de 60 e 70, eles não conseguiram mudanças significativas no nível de estruturação dos programas.

Palavras-chave: residência médica; pós-graduação em medicina; currículo; educação médica.

Introducción

La educación médica norteamericana se reforma a principios del siglo XX, tras el informe Flexner (Flexner 1910). En dicho informe, la enseñanza de la especialización médica se plantea como un continuo del pregrado (Eber, 1992). La estrategia asumida fue la modalidad de residencia, desarrollada por la Universidad de Johns Hopkins, y el médico en tránsito de volverse especialista se llamó residente, porque reside en el hospital (Welch, 1908). En 1951, con la fundación de la Facultad de Medicina de la Universidad del Valle, se dio comienzo a la implantación del modelo Flexner en Colombia, que había sido recomendado por dos misiones que visitaron al país para evaluar la educación médica y hacer

recomendaciones. Las misiones dieron una visión negativa de toda la estructura de enseñanza médica y de la infraestructura y dotación de los hospitales, y urgieron a que se asumiera la reforma, haciendo énfasis en el montaje de las residencias (Humphreys, 1948; Lapham, 1954).

El presente trabajo hace una reconstrucción del inicio de los posgrados médicos en el país, tomando el caso de la primera facultad de orientación flexneriana, para identificar las características, las formas pedagógicas y las tensiones que se presentaron en el proceso. Se hizo una investigación documental que no pretende una historiografía, sino, como lo plantea Bloch, una mirada a las obras de los hombres (Bloch, 2012), en este caso, a acontecimientos que transformaron un espacio educativo. En el proceso se ha hecho la revisión y el análisis de la documentación existente en el Archivo Histórico de la Universidad del Valle, correspondiente a los veinticinco primeros años de funcionamiento de los posgrados, la producida por la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (Ascofame) y la de instituciones norteamericanas interesadas en la educación médica colombiana; además, se acudió a fuentes secundarias para ayudar a la contextualización temática.

El surgimiento de los posgrados clínicos en el país, además de adaptar las formas universitarias estadounidenses, tuvo la influencia de intereses institucionales y comerciales, y de competencia entre universidades, entre otras circunstancias, como parte de un proceso complejo y no como se expresa en los documentos oficiales, que fue el trabajo individual de médicos visionarios que querían hacerle un servicio al país (Comisión para la Transformación de la Educación Médica en Colombia, 2017).

Comienzo de las residencias

Antes de que los posgrados clínicos se formalizaran en las universidades del país, los médicos se especializaban en el extranjero, trabajando junto a un especialista reconocido u optando por un “internado”, que eran prácticas de medio tiempo ofrecidas por algunas escuelas (División para graduados Facultad de Medicina Universidad del Valle, 1967). A mediados de los años 50 del siglo pasado, tras la visita de la “Misión Lapham”, las universidades Nacional, de Antioquia, del Valle y Javeriana establecieron la enseñanza de los posgrados médicos por medio de los programas de residencia (Nieto, 2005). En 1955, la Universidad del Valle creó la “Escuela de Graduados en Medicina”, y así formalizó el inicio de los posgrados médicos (Ortiz, 1972). Los primeros posgrados fueron Patología (Restrepo, 1995) y Cirugía (Ortiz, 1972); en 1956 se tuvo Medicina Interna y Ortopedia; Psiquiatría (Jaramillo, 1970) y Anestesia (Peláez, 1987) en 1957; Pediatría y Radiodiagnóstico en 1958 (Universidad del Valle, s.f.; Universidad del Valle, 2015), y cuatro especialidades clínicas más hasta 1960 (Ortiz, 1972) (ver Figura 1).

Figura 1

Año de inicio de las primeras residencias UniValle

RESIDENCIAS UNIVERSIDAD DEL VALLE 1955–1960

1955	1956	1957	1958	1959
PATOLOGÍA CIRUGÍA GENERAL	MEDICINA INTERNA ORTOPEDIA	ANESTESIA PSIQUIATRÍA	PEDIATRÍA RADIODIAGNÓSTICO ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS	NEUROCIURUGÍA UROLOGÍA GINECOLOGÍA Y OBTETRICIA

Fuente: Construida con información de los departamentos clínicos Univalle y Ortiz (1972).

La División para Graduados (1967) definió al especialista como: “Un médico que restringe el ejercicio de la profesión a un campo determinado de la medicina” (p. 2); sin embargo, la palabra restringir es reducir a límites (Real Academia Española, 2014); tampoco se usa el verbo profundizar (el conocimiento), que, en teoría, es la razón de la existencia de las especialidades. Esto llevó a la imagen de la especialidad como un territorio y de paso como una propiedad, es decir, la construcción de un espacio de uso exclusivo.

Así, este tipo de conceptualización hizo una diferenciación en los procesos de los estudiantes de pregrado y los de posgrado, que entonces no solo difieren en la complejidad de los conocimientos, sino también en la construcción del objeto de estudio. En la medicina general, el objeto se construye desde muchas fuentes, las fronteras disciplinarias se vuelven laxas, en la especialidad se ponen límites, la frontera es infranqueable. Obviamente, infranqueable en el discurso, porque en la práctica, las especialidades se sobreponen, por ejemplo, cuando comparten órganos o procedimientos.

La demarcación territorial es entonces el distintivo de las especialidades, que como toda construcción tiene sus ritos y gobiernos, sus símbolos de identificación, las relaciones de poder de distinto orden, la influencia sobre los enfermos, las desplegadas hacia los estudiantes y sobre la sociedad en forma de medicalización. En estos espacios surgen las acciones que Foucault (2012) llamaba “las grandes funciones de la medicina en nuestra sociedad” y que representan componentes del ejercicio del biopoder, la enfermedad percibida como pecado o como comportamiento insano, la vigilancia de la moral, la definición jurídica de lo lícito o lo ilícito.

Desde 1952, la Asociación Americana de Escuelas de Medicina definió los

objetivos para la educación médica, los cuales habían llegado a la región a través de las fundaciones que patrocinaron la implantación de la reforma Flexner, pero en el país no se desarrollaron documentos al respecto. Andrade (1978) pensaba que seguramente esto se debió a que los educadores concebían la educación médica como algo universal, que debía seguir los lineamientos internacionales independiente de la realidad local. Ante la ausencia de reflexión pedagógica, la formación de especialistas médicos quedó a criterio de los departamentos clínicos; el residente pasaba a su entera disposición para hacer atención en los servicios hospitalarios y revisar los textos de seminarios. Los ítems de seguimiento del desempeño eran subjetivos e inapelables (Comité de Educación Graduada, s. f.). En este contexto, el Comité de Estudios Graduados en Ciencias Clínicas de la universidad actuaba como coordinador administrativo de las residencias, pero no podía intervenir en las decisiones específicas de cada residencia, por ser de la competencia de los departamentos clínicos (División para Graduados, 1967).

Por lo tanto, las formas académicas eran adaptaciones de los programas de Estados Unidos, las actividades implicaban tanto la atención directa de pacientes con fines asistenciales como estrategias académicas o mixtas (ver Tabla 1). Las diferencias culturales y de recursos hacían que las adaptaciones locales manejaran cierto sincretismo y que, en la práctica, el residente usara la mayoría del tiempo en proveer su trabajo de manera gratuita al empobrecido sistema hospitalario del país. Las actividades incluían rondas hospitalarias, procedimientos terapéuticos, sesiones clinicopatológicas, sesiones de discusión de mortalidad, seminarios, conferencias, revisión de literatura médica, clubes de revista (Whitfield, 1963), estrategias que fueron asumidas completamente por los programas colombianos (Universidad de Antioquia, 1959) aún hasta la actualidad.

Tabla 1

Actividades del residente

Actividades del residente		
Académicas	Asistenciales	Mixtas
Seminarios	Atención de urgencias	Ronda de pacientes hospitalizados
Conferencias	Consulta externa	Procedimientos quirúrgicos
Correlación clínico patológica	Manejo regular hospitalario	Procedimientos propios de la especialidad
Conferencia de mortalidad		
Club de revistas médicas		

Fuente: Construcción a partir de Whitfield (1963) y programas locales.

Currículo ecléctico

En 1959, se creó la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, que, por delegación gubernamental, se encargó de regular y controlar todos los aspectos de la educación médica (Quevedo et al., 1993). En una reunión de 1960, se consideró necesario reglamentar las residencias en el país (Restrepo, 1973). En esa época, el debate pedagógico en Estados Unidos era sobre cómo aprendían los estudiantes, y se pensaba que el plan de estudio debería partir de las necesidades de salud de la sociedad (Grant, 2010).

Por su parte, la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina –Ascofame–, a lo largo de los años 60, elaboró los mínimos que debían contener los programas de cada especialidad. El documento correspondiente a Psiquiatría de 1965 afirmó que el sistema de enseñanza es el de residencias hospitalarias, basado en tres componentes: el paciente, el hospital y el profesor. Asimismo, describía las condiciones que debía tener el hospital de “adiestramiento”, los servicios, y las asignaturas; fijó como objetivo formar psiquiatras con sólidas bases médicas, psicológicas y humanísticas (Ascofame, 1965), pero no especificó cómo hacerlo (ve Figura 2). El documento de Neurocirugía de 1969 fue más corto; sin embargo, tuvo características similares (Ascofame, 1969)

Figura 2

Mínimos de Ascofame para residencias

Áreas abordadas por ASCOFAME para la construcción de los "mínimos" de los programas de residencias	Espacios hospitalarios acreditados por ASCOFAME
	Docentes tiempo completo
	Contenidos académicos (listados de temas sin más indicaciones)
	Actividades obligatorias (sesión clínica, rondas diagnósticas y terapéuticas, club de revistas)

Fuente: Adaptado de Ascofame (1965).

De los documentos de “mínimos” y de las resoluciones de plan de estudios de la Universidad, puede concluirse que, en una jornada regular, el residente se exponía a dos situaciones: la atención de pacientes y las actividades académicas. En dichas situaciones, los énfasis estaban en el conocimiento de las enfermedades abordadas por la especialidad y en la práctica de procedimientos, como cirugías, de los cuales se llevaba registros para control del residente (Servicio de Neurocirugía Universidad del Valle, s.f.).

Por otra parte, los currículos resultantes de las recomendaciones de los mínimos establecieron rotaciones geográficas a través de los servicios del hospital. Como ilustración, el Plan de Medicina Interna presenta rotaciones en espacios y servicios hospitalarios definidos –salas médicas, urgencias, consulta– (Resolución 239, 1977) (ver Figura 3).

Las particularidades locales, las interpretaciones de los planificadores y

las necesidades formativas sentidas en el proceso, se resolvieron agregando asignaturas al currículo, así se hizo cuando se consideró necesario el acercamiento a las ciencias sociales (Universidad de Antioquia, 1959) y cuando las políticas de la "Alianza para el Progreso" impulsaron los programas centrados en las necesidades de la población (Quirós, 1978). De esa manera se tuvieron currículos eclécticos; al respecto, el profesor Saldarriaga (2009) manifiesta que el currículo ha sido tanto dispositivo de encuentro de proyectos ético-políticos en pugna como "instrumento de integración, mediación y coexistencia de las diversas tradiciones de investigación" (p. 78). Cabe mencionar que, las visitas por parte de Ascofame a la Universidad del Valle dan calificaciones satisfactorias, pero a la vez dan cuenta de desarrollos locales por fuera de los mínimos (López, 22 de junio de 1976; Ascofame, 1969).

Figura 3

Programa de Medicina Interna 1977

74

UNIVERSIDAD DEL VALLE
RESOLUCION No. 239

7

OBJETIVOS :

Capacitar al residente para evaluar el estado de salud y prescribir tratamientos médicos para las entidades del adulto más frecuentes en la morbi-mortalidad regional.

DESCRIPCION DEL PROGRAMA :

<u>PRIMER AÑO :</u>	<u>Duración</u> (semanas)	<u>Intensidad Total</u> <u>Teórico-práctica</u> (Horas)	<u>Porcentaje</u> <u>Calificación</u> %
Cardiología	13	936	25
Gastroenterología	12	864	25
Neumología	12	864	25
Hematología	12	864	25
Vacaciones	3	-	-
TOTAL	<u>52</u>	<u>3.528</u>	<u>100</u>

<u>SEGUNDO AÑO :</u>	<u>Duración</u> (semanas)	<u>Intensidad Total</u> <u>Teórico-práctica</u> (Horas)	<u>Porcentaje</u> <u>Calificación</u> %
Médica Mujeres	13	936	25
Médica Hombres	13	936	25
Urgencias	13	936	25
Neurología	10	720	25
Vacaciones	3	-	-
TOTAL	<u>52</u>	<u>3.528</u>	<u>100</u>

<u>TERCER AÑO :</u>	<u>Duración</u> (semanas)	<u>Intensidad Total</u> <u>Teórico-práctica</u> (Horas)	<u>Porcentaje</u> <u>Calificación</u> %
Endocrinología	10	720	25
Dermatología	10	720	25
Electivo (investigación)	29	2.088	50
Vacaciones	3	-	-
TOTAL	<u>52</u>	<u>3.528</u>	<u>100</u>

También, tras las políticas de la "Alianza para el Progreso" se inició la

construcción de documentos que establecieran objetivos y lineamientos políticos en la formación de las especialidades médicas. Los documentos fueron retóricos; las proposiciones, abstractas sin definiciones concretas, por ejemplo, se forma un médico para que tenga la “capacidad de tomar decisiones apropiadas”, se reconoce lo problemático de establecer que es “apropiado”, pero dice que solo así se logran acciones productivas para la comunidad (Comité de Currículo de la Universidad del Valle, 1966),

En 1970, el Comité de Graduados estableció las políticas de los posgrados clínicos, que incluían 13 programas de residencia, declaró que el objetivo primordial es que el especialista ayude a resolver los problemas de salud del país y, como parte de ese propósito, que además de prepararlo para la atención clínica, busca formarlo para la docencia, la investigación y el trabajo en las instituciones de salud de la región. También plantearon que la educación debía ser científica y humanista; promovió como estrategias: la asunción creciente de responsabilidades clínicas, la tutoría individual de parte de un profesor, la exposición a programas de otros centros universitarios y la asistencia a congresos (Comité de Graduados-División de Salud Universidad del Valle, 1970). Todas eran proposiciones que se dejaban a la interpretación de los departamentos clínicos. No hay evidencia de que el ritmo particular de cada programa, en términos del estudio de las enfermedades atendidas por la especialidad y los procedimientos de intervención, hubiese cambiado.

En 1972, se inició una reforma curricular fundamentalmente dirigida al pregrado, pero que afectó al posgrado, en cuanto debe acercarse más a la comunidad; se diseñó un currículo centrado en los problemas que se identifiquen con la realidad de la morbilidad de la región, para lo cual, las actividades de medicina social deben estar más presentes (Zafra, 1978). La Universidad del Valle ya había iniciado trabajos comunitarios antes de las políticas de la “Alianza”, pero a raíz de ellas reforzó su interés (Acuerdo 04, 1969). Así, los residentes de todas las áreas fueron vinculados al Programa Piloto de Candelaria y a hospitales regionales en actividades de consulta médica y educación (División Para Graduados, 1967), con el tiempo cada departamento clínico planificó sus propias intervenciones. Por lo tanto, el Programa de Psiquiatría (1967), en el barrio El Guabal de Cali, encargó a los residentes el entrenamiento y supervisión de promotores de salud en detección temprana de trastornos mentales y hacer educación con la comunidad (León, 1996). En los programas quirúrgicos se desarrolló el Programa de Cirugía Simplificada (Guerrero y Rovetto, 2010). El Programa de Pediatría desarrolló trabajo comunitario con énfasis en aspectos nutricionales (Universidad del Valle, s.f.); el resto de posgrados programaron actividades docentes asistenciales en instituciones comunitarias de baja complejidad.

El residente, estudiante y trabajador

A partir de la creación las residencias en Colombia, la atención de los hospitales universitarios recayó casi que exclusivamente en los residentes. La Universidad del Valle diseñó las residencias en términos de dedicación exclusiva y tiempo

completo (División para Graduados, Facultad de Medicina, Universidad del Valle, 1967). Esta situación, que en términos prácticos garantizaba la provisión de trabajadores de alto nivel académico gratuitos al hospital, presentaba al residente una serie de situaciones difíciles: sobrecarga ocupacional, falta de ingresos y riesgos en su bienestar. Los internos y residentes del país fundaron en 1965 la Asociación Nacional de Internos y Residentes (ANIR), para unificar los reclamos de solución a los conflictos con las universidades y el gobierno (ver Figura 4); en 1969, lograron terminar con la dedicación exclusiva en la mayoría de las universidades, pero no en la del Valle (Asociación de Internos y Residentes de Antioquia [AIRA], s.f.).

En los años 70, los residentes de la Universidad del Valle presentaron quejas sobre la ausencia profesoral, falta de insumos e inadecuadas condiciones de bienestar (Acta 23, 1970; Acta 37, 1974; Acta 19, 1977; Acta 05, 1977), que son reforzadas con los resultados de las encuestas realizadas a los residentes (Acta 02, 1977).

Así las cosas, la Anir propuso regular las residencias por instituciones extrauniversitarias, pactar políticas de bienestar, y lograr una remuneración digna y el reconocimiento de los residentes como trabajadores (AIRA, s. f.); en 1971, se hizo un cese de actividades que, de acuerdo con la prensa, redujo el 90 % del servicio hospitalario (El Tiempo, 1971), lo cual demostró el nivel de cobertura asistencial de los residentes. La Anir tuvo logros parciales, pero no logró el reconocimiento laboral. Así las cosas, los incumplimientos gubernamentales provocaron nuevas movilizaciones en los años siguientes. En 1973, en el marco de un paro médico, el Ministro de Salud escribió a la Anir conminándolos a terminar con las protestas a cambio del compromiso de facilitar el desembolso de las remuneraciones (Salazar, 6 de abril de 1973). En 1978, el Ministerio de Salud Pública (1978) emitió el Decreto 1210, donde se dictaminó: “los estudiantes que participen en actividades docente asistenciales no adquirirán relación laboral de ninguna índole con la entidad docente ni con la asistencial”; lo anterior intentó acabar con la pretensión de los residentes de una condición laboral.

No obstante, el Consejo de Estado declaró inexecutable el artículo, lo que permitió obtener la consideración de trabajador; ante esto, el Ministerio envió un comunicado, a hospitales y universidades, para abstenerse de hacer contratos con residentes, y recomendando que, en los convenios interinstitucionales universidad-hospital, se aclare que el hospital solo facilitaría los espacios para programas académicos (Bolaños, 1980). De esa manera, aunque la ley permitía el reconocimiento como trabajador al residente en la práctica, eso no se dio. Aún a hoy, en el país, el residente es solo un estudiante, aunque la mayoría de los países de la región les reconoce algún tipo de fuero laboral (Reyes y Ortiz, 2013). Las protestas y los paros seguirán convirtiéndose en la manera de mediar conflictos tanto de aspectos de bienestar como académicos.

Figura 4

Conflictos de los residentes como estudiantes y trabajadores

Conflictos ANIR - Universidades y Gobierno

Dedicación exclusiva

Reconocimiento como trabajador con fuero laboral

Ausencia de remuneración

Fallas en el bienestar y sobrecarga de trabajo

Ausencia profesoral

Regulación extrauniversitaria de las residencias

Fuente: Basado en AIRA (s.f.) y actas Univalle.

La sobrecarga asistencial era otra queja permanente, de la cual universidades y gobierno eran conscientes (Acta 46, 1971; Acta 38, 1975). El decano de la División de Salud de la Universidad le escribió a Ascofame que los residentes no deben responsabilizarse del trabajo médico que los hospitales deben contratar (Cobo, 1971). Por su parte, Ascofame le planteó al Ministerio de Salud que financie la contratación de médicos de planta para labores asistenciales (Ascofame, 1971), con el fin de aliviar la sobrecarga de los residentes; sin embargo, nunca hubo cambios sustanciales.

Las dificultades detectadas en la formación de residentes en Colombia también se han descrito en Estados Unidos (Bonn, 1970), lo que lleva a pensar que forman parte de una mala concepción estructural de las residencias. El diseño fundador exigía espacios, presupuestos y programas de tal dimensión, que las universidades, los hospitales y los gobiernos no pudieron asumir a través de los años. Si las reformas no abordan la cuestión estructural y se siguen centrando en la solución de problemas puntuales, la formación de médicos especialistas seguirá arrastrando el estigma del maltrato sobre el residente.

Línea de tiempo: Eventos relevantes residencias médicas en Colombia

- 1910 Informe Flexner que reforma la educación estadounidense.
- 1947 Visita a las facultades de medicina colombianas por parte de la misión Humpheys.
- 1951 Fundación de la Facultad de Medicina, Universidad del Valle.
- 1954 Visita misión Lapham, recomienda asumir toda la reforma Flexner, incluye montaje de residencias.

- 1955 Primeras residencias en la Universidad del Valle.
- 1959 Se crea Ascofame, que regulará la educación médica colombiana.
- 1960 Comienzan programas comunitarios en las residencias médicas de la Universidad del Valle.
- 1963 Se comienzan a elaborar los “mínimos” para cada especialidad.
- 1964 En los currículos se habla de intervenir los problemas de salud del país.
- 1965 Se funda la ANIR.
- 1969 Fin de la dedicación exclusiva.
- 1972 Reforma curricular a todos los programas médicos de la Universidad del Valle.
- 1978 Expedición Decreto 1210, donde no se reconoce el fuero laboral a los residentes.
- 1980 El Consejo de Estado reconoce fuero laboral, pero el Ministerio cambia las condiciones de los convenios hospitalarios y los residentes siguen siendo solo estudiantes.

Conclusiones

El montaje de los posgrados médicos en Colombia se da como una culminación de la reforma flexneriana en el país. Para ello se siguió los esquemas diseñados en la educación norteamericana, pero debido a la asimetría de las culturas y los recursos, se acudió a adaptaciones locales que derivaron en un currículo ecléctico, al que se le añadían asignaturas de acuerdo con consideraciones locales o reformas hechas en Estados Unidos, diseñado en una distribución geográfica que correspondía con los servicios del hospital.

En la Universidad del Valle se conceptualizaron las especialidades como territorios claramente delimitados con un objeto específico de estudio, monopolio del especialista médico. En los sesenta, se creyó necesario acercar al residente a la realidad de salud del país y se establecieron actividades docente asistenciales comunitarias, siendo la modificación curricular de mayor trascendencia en la educación de especialistas médicos en Colombia, estrategia que se encontraba a tono con los postulados de la “Alianza para el Progreso”.

El residente siempre ha tenido una doble condición: estudiante-trabajador, que plantea conflictos inéditos en otras disciplinas, situación que añade dificultades inherentes a lo académico y problemas de bienestar humano. Durante los años 60 y 70, se presentaron constantes protestas por parte de los residentes; por falta de escenarios adecuados para la reflexión sobre la enseñanza de los posgrados, la resolución de esas protestas fue la forma de mediar cambios en las condiciones, en los programas y en los currículos de los posgrados médicos.

Referencias

- Acta 02 de 1977. (1977, 17 de enero). Comité de Graduados-División de Salud Universidad del Valle. Archivo Histórico Universidad del Valle.
- Acta 05 de 1977. (1977, 21 de febrero). Comité de Graduados-División de Salud Universidad del Valle. Archivo Histórico Universidad del Valle.
- Acta 19 de 1977. (1977, 16 de mayo). Consejo de la División de Salud de la Universidad del Valle. Archivo Histórico Universidad del Valle.
- Acta 23 de 1970. (1970, 22 de agosto). Consejo de la División de Salud de la Universidad del Valle. Archivo Histórico Universidad del Valle.
- Acta 37 de 1974. (1974, 22 de octubre). Consejo de la División de Salud de la Universidad del Valle. Archivo Histórico Universidad del Valle.
- Acta 38 de 1975. (1975, 6 de octubre). Consejo de la División de Salud de la Universidad del Valle. Archivo Histórico Universidad del Valle.
- Acta 46 de 1971. (1971, 8 de noviembre). Consejo de la División de Salud de la Universidad del Valle. Archivo Histórico Universidad del Valle.
- Acuerdo No. 04 de 1969 (1969, 1 de octubre). Consejo Directivo de la Universidad del Valle. Archivo histórico Universidad del Valle.
- Andrade, J. (1978). Marco conceptual de la educación médica en la América Latina. *Revista Educación Médica y Salud*, 12(1), 1-19.
- Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (Ascofame). (1965). Programa mínimo de educación graduada en psiquiatría, Consejo General de Especialidades Médicas. Archivo Histórico Universidad del Valle.
- Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (Ascofame). (1969). Programa mínimo de entrenamiento en neurocirugía, Consejo General de Especialidades Médicas, Comité de Neurocirugía. Archivo Histórico Universidad del Valle.
- Asociación de Internos y Residentes de Antioquia (AIRA). (s.f.). Historia de la Asociación. Archivo Histórico Universidad del Valle.
- Bloch, M. (2012). *Introducción a la historia*. Fondo de Cultura Económica.
- Bolaños, O. (1980, 2 de octubre). Carta al Consejo Directivo de la Universidad del Valle. Archivo Histórico Universidad del Valle.
- Bonn, E. (1970). Revolt of the Residents. *Psychiatric Services*, 21(8), 7a–8a.

- Cobo, A. (1971). Carta al presidente, el director ejecutivo y el consejo directivo de ASCOFAME, mayo 22 de 1971. Archivo Histórico Universidad del Valle.
- Comisión para la Transformación de la Educación Médica en Colombia. (2017). Documento de recomendaciones para la transformación de la educación médica en Colombia. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/MET/recomendaciones-comision-para-la-transformacion.pdf>
- Comité de Currículo Universidad del Valle. (1966). Objetivos de la educación médica. Archivo Histórico Universidad del Valle.
- Comité de Educación Graduada. (s.f.). Evaluación de residentes, Facultad de Medicina, Universidad Nacional. Archivo Histórico Universidad del Valle.
- Comité de Graduados, División de Salud Universidad del Valle. (1970). Programa de graduados para el área clínica. Archivo Histórico Universidad del Valle.
- Decreto 1210 de 1978. (1978, 26 de junio). Ministerio de Salud y Protección Social. Diario oficial 35054.
- División para Graduados. (1967). Informe. Archivo histórico Universidad del Valle.
- El Tiempo. (1971, 5 de mayo). La crisis universitaria: Reforma total en junio.
- Flexner, A. (1910). *Medical Education in the United States and Canada*. The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching.
- Foucault, M. (2012). *El poder, una bestia magnífica. Sobre el poder, la prisión la vida* (H. Pons, Trad.). Siglo XXI editores.
- Grant, J. (2010). Principles of curriculum design. En T. Swanwick (Ed.), *Understanding Medical Education: Evidence, Theory and Practice* (pp. 1-15). The Association for the Study of Medical Education.
- Guerrero, R. y Rovetto, P. (2010). La enseñanza de la medicina en la Universidad del Valle. *Colombia Médica*, 41(4), 302-303. <https://www.redalyc.org/pdf/283/28315594001.pdf>
- Humphreys, G. (1948). Misión Humphreys 1948 (Abridged report submitted by George H. Humphreys II). Unitarian Service Committee.
- Jaramillo, R. (1970). Memorias sobre el desarrollo de la enseñanza de la psiquiatría en Cali. Archivo Histórico Universidad del Valle.
- Lapham, M. E., Goss, C. M., Berson, R. C. (1954). Un estudio para la educación médica en Colombia, 1953. *Antioquia Médica*, 4(5-6), 478-456.

- León, C. (1996, 26 de agosto). Perspectivas de los cuidados primarios de salud en Latinoamérica [Ponencia]. *Sesión Plenaria sobre "Integración o especialización: interacción entre cuidados primarios y psiquiatría*, Madrid.
- López, H y Gastelbondo, G. (1976). Visita de evaluación a programas de pre y posgrado, Neurocirugía, Universidad del Valle. Archivo Universidad del Valle.
- Nieto, J. (2005). Evolución de la educación médica en Colombia. *Revista Colombiana de Cirugía*, 20(4), 179-191.
- Ortiz, E. (1972). La Universidad del Valle, 1945-1970. *Cuadernos del Valle*, 7, 165-166.
- Peláez, R. (1987). Evolución y desarrollo de la anestesiología en la División de Salud de la Universidad del Valle. Archivo Histórico Universidad del Valle.
- Quevedo, E., Miranda, N. y Hernández, M. (1993). *Historia social de la ciencia en Colombia*, (Tomo VII, Medicina 1). Instituto Colombiano para el desarrollo de la ciencia y la tecnología Francisco José de Caldas.
- Quirós, C. (1978). Enseñanza de los aspectos integrales de la salud o aspectos médico-sociales: Historia y situación actual. *Educación médica y salud*, 12(1), 36-46.
- Real Academia Española. (2014). Restringir. En *Diccionario de la lengua española* (23.ª ed.). <https://dle.rae.es/restringir>
- Resolución 239 de 1977. (1977, 14 de julio). Consejo Directivo de la Universidad del Valle. Archivo Histórico Universidad del Valle
- Restrepo, C. (1995). La facultad de Medicina de la Universidad del Valle en la década de los 50: Recuerdos personales. Archivo Histórico Universidad del Valle.
- Restrepo, J. (1973). Educación Médica (documento presentado al I Curso del American College of Physicians). *Asociación Colombiana de Facultades de Medicina*, 28.
- Reyes, G. y Ortiz, L. (2013). Sistema de residencias médicas en Colombia: Marco conceptual para una propuesta de regulación. Ministerio de Salud y Protección Social. <https://cupdf.com/document/sistema-de-residencias-medicas-en-colombia-marco-talento-sistema-de.html?page=1>
- Salazar, J. M. (1973, 6 de abril). Carta al Secretario Ejecutivo Carlos Corso. Archivo Histórico Universidad del Valle.

- Saldarriaga, O. (2009). De la pedagogía al saber pedagógico. Notas para (un) saber del currículo. *Cuadernos de Psicopedagogía*, (5), 73-88. <https://revistas.uptc.edu.co/index.php/psicopedagogia/article/view/527>
- Servicio de Neurocirugía Universidad del Valle. (s.f.). Registro de práctica quirúrgica. Archivo Histórico Universidad del Valle.
- Universidad de Antioquia. (1959, del 8 al 12 de diciembre). *Primer Seminario de la Enseñanza de Medicina Interna*, Manizales, Colombia.
- Universidad del Valle. (2015). Especialización en Radiodiagnóstico. <https://salud.univalle.edu.co/posgrados/especializaciones-clinicas/>
- Universidad del Valle. (s.f.). Historia del Departamento de Pediatría. <https://www.pediatriaunivalle.com.co/historia-del-departamento-de-pediatria/>
- Welch, W. (1908). *Some of the conditions which have influenced the development of American medicine, especially during the last century*. Bull Johns Hopkins Hosp. The Johns Hopkins Press.
- Whitfield, A. (1963). Postgraduate Medical Education in the United States. The Lancet, 282 (7306), 514-518. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(63\)90247-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(63)90247-2)
- Zafra, A. (1978). *Reforma al currículo médico*. Archivo Histórico Universidad del Valle.