



EMERGENCIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO: LUGAR EN QUE LA ENSEÑANZA DE
LA MEDICINA Y EL ARTE DE CURAR PRIVILEGIEN EL ACTO ASISTENCIAL EN EL
SENTIDO DE LA EXISTENCIA.

BRYAN DAVID PINZÓN PORRAS

FUNDACIÓN CENTRO INTERNACIONAL DE EDUCACIÓN Y DESARROLLO
HUMANO (CINDE)
UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA NACIONAL
FACULTAD DE EDUCACIÓN
MAESTRÍA EN DESARROLLO EDUCATIVO Y SOCIAL
BOGOTÁ
2022

EMERGENCIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO: LUGAR EN QUE LA ENSEÑANZA DE
LA MEDICINA Y EL ARTE DE CURAR PRIVILEGIEN EL ACTO ASISTENCIAL EN EL
SENTIDO DE LA EXISTENCIA.

BRYAN DAVID PINZÓN PORRAS

Trabajo de grado para optar el título en Maestría en Desarrollo Educativo y Social

Directora

CLAUDIA XIMENA HERRERA BELTRÁN

FUNDACIÓN CENTRO INTERNACIONAL DE EDUCACIÓN Y DESARROLLO
HUMANO (CINDE)

UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA NACIONAL

FACULTAD DE EDUCACIÓN

MAESTRÍA EN DESARROLLO EDUCATIVO Y SOCIAL

BOGOTÁ

2022

Nota de Aceptación

Presidente del Jurado

Jurado

Jurado

Bogotá, febrero 2022

Dedicatoria

Expreso mi gratitud a Dios por ser el gestor de infinidad de bendiciones para mi vida. Por encima de todo y con todo mi amor, gracias a mi mamá por su gran ejemplo, sus enseñanzas y cada consejo han hecho de mi la persona que soy, a mis hermanas por ser esa motivación al ser ejemplo para ellas, a Sebastián por su paciencia y ser cómplice y un apoyo incondicional, a todos los míos por estar ahí sin esperar nada a cambio, a cada uno de mis amigos que fueron testigos y espectadores de mi proceso hacia la maestría. Gracias a mis docentes por su dedicación y entrega. Con mucho esfuerzo y cariño a todos ustedes mi mayor reconocimiento y gratitud.

Bryan David Pinzón Porras

AGRADECIMIENTOS

En estas cortas líneas expreso un sincero agradecimiento a las personas que influyeron para la realización de esta investigación. Primeramente, a CINDE y a la Universidad Pedagógica Nacional y a la profesora Claudia Ximena Herrera Beltrán por su asesoramiento e interés en relación con mi investigación, realmente me encuentro en deuda por su ayuda y sus enseñanzas. Extiendo mi gratitud a mis compañeros de maestría y de línea por ser un equipo en este proceso, agradezco la posibilidad de avanzar en la formación profesional y el cambio en mi pensamiento a través de los postulados de Foucault quien nos impulsa e interroga sobre nuestros intereses bajo una perspectiva que sin duda no solo es para la investigación sino para la vida en la develación del conocimiento, infinitas gracias.

.

TABLA DE CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS.....	5
I. INTRODUCCIÓN METODOLÓGICA	8
II. DEL INTERÉS DE CURAR AL INTERÉS DE APRENDER	16
2.1. El hospital debe educar	16
2.2. El ambiente hospitalario favorece las destrezas del personal médico	19
2.3. ¿La sofisticación del hospital universitario puede traicionar su esencia como institución prestadora de servicios de salud?	22
2.4. El hospital no sólo como un centro asistencial, sino como un ámbito docente por excelencia.....	25
III. LA EDUCACIÓN COMO UN DEBER DEL JURAMENTO HIPOCRÁTICO.	31
3.1. Educación médica e historia	31
3.2. El modelo imperante sigue siendo el de hace un siglo	34
3.3. La formación en el seno del hospital se configura como un equilibrio	38
3.4. La educación del personal médico trasciende el horizonte del trabajo hospitalario. 42	
3.5. ¿Currículos modificados por las necesidades externas?	46
IV. EMERGE EL HOSPITAL UNIVERSITARIO	50
4.1. Los hospitales son extensiones del estado.....	50
4.2. Controlar la sanidad, autorizar la educación del médico en hospitales y clínicas	52
4.3. Enseñanza, investigación y asistencia en igualdad de importancia	57
4.4. La crisis de la educación médica: Ley 100, aseguramiento en salud y no en educación. 62	
4.5. El hospital universitario en el contexto actual	65

V. CONCLUSIONES	69
VI. BIBLIOGRAFIA.....	72
VII. ANEXOS	84

I. INTRODUCCIÓN METODOLÓGICA

Con relación a la investigación en mención y partiendo de una inquietud en el ahora, surge la preocupación por la procedencia de eso que llamamos actualmente hospital universitario, es así, que surgen los interrogantes de esta investigación, a saber: ¿Cómo se ha entendido la práctica hospitalaria? ¿Cuál es el papel de los programas universitarios en la formación en el hospital? ¿Cómo se expresa la relación teoría-práctica en la formación hospitalaria? ¿Qué cambios de la relación universidad-hospital respecto de la formación se han producido y qué fuerzas han participado en dichos cambios?

Respecto a los interrogantes anteriormente mencionados, es de acotar que se plantearon los siguientes objetivos. De manera general, mostrar la emergencia de la formación hospitalaria para profesionales en las ciencias de la salud a la luz de fuerzas políticas y educativas en Bogotá. Así mismo, para alcanzar su cumplimiento, se desarrollaron los siguientes objetivos específicos. I) Rastrear el concepto de formación y su transformación en el contexto de la educación superior en el ámbito hospitalario; II) Describir la relación entre el hospital y la universidad para la formación de profesionales en las ciencias de la salud, a nivel local y nacional a partir de la normatividad vigente y, la práctica hospitalaria. III) Identificar la naturaleza del poder en la construcción del discurso político y educativo en relación con la formación en el hospital.

En ese orden de ideas, las reflexiones y los análisis se enmarcan dentro de la perspectiva arqueológica - genealógica¹, partiendo de un análisis con base en una masa documental relacionada con leyes, decretos, políticas, documentos de expertos, documentos institucionales, noticias y prensa, asociados al tema de investigación, esta fuente fue escudriñada minuciosamente desde la comprensión del discurso y la organización por significación de los conceptos a rastrear, estos conceptos se relacionan con la universidad, el hospital, y la manera en la que se articulan para la formación de profesionales en salud. Cabe resaltar, que esta metodología no es común y se sale de lo habitual.

Ahora bien, desde esta perspectiva la búsqueda minuciosa a partir de los documentos recopilados exigirá un nivel de análisis y no de búsqueda hacia las causas o efectos de dicha

¹ FOUCAULT, Michel. Nietzsche, la Genealogía, la Historia. Edición Pretextos, 1988 - 2000.

configuración. Es importante mencionar que este análisis estará desprovisto de los juicios de valor, las percepciones personales o cualquier situación que pueda inhibir el protagonismo a lo que muestran las fuentes.

Es así, que la genealogía permitió mostrar las fuerzas presentes en la configuración de la emergencia del hospital universitario, dichas fuerzas, posibilitan un análisis alrededor del problema de investigación desde distintas miradas con el fin de visibilizar la emergencia de este.² Ahora bien, la comprensión de dicha emergencia, se caracteriza por el punto en que convergen las fuerzas llenas de huellas y momentos que configuran el discurso, resultado de las luchas o ese comienzo que plantea Foucault “siempre caótico”³

Por consiguiente, desde los planteamientos de Foucault cuando menciona “El poder, lejos de estorbar al saber, lo produce”⁴ Se precisa acerca del comienzo, del cómo llegó a configurarse el modelo actual de formación de profesionales de salud y la forma en que está constituido, sea la que está y no otra. Construir la historia y vincular las fuerzas intervinientes para develar y comprender sin caer en el juicio será el reto de la perspectiva en términos de esta investigación; esta comprensión no solo tendrá inmerso lo mencionado, también involucra la comprensión de la procedencia, siendo concebida como las peculiaridades que nacen de las fuerzas que intervienen en la configuración del concepto⁵ de hospital universitario, desligándose del origen y contemplando el comienzo.

Dicho esto, y al reconocer las huellas y marcas⁶ que van apareciendo en la configuración del hospital universitario, hay diferentes actores involucrados, que se visualizan como cuerpos, con particularidades, inmersos en el contexto de las ciencias de la salud. Sobre estos, se podría afirmar que el cuerpo queda prendido en el interior de poderes en un ejercicio que le imponen coacciones, interdicciones u obligaciones⁷ tal como lo plantea Foucault.

De igual manera, las acciones del periodo establecido 2013 – 2016 pueden mostrar relaciones de en un sistema de redes sociales, relación, que puede expresar que el poder no va ligado

² FOUCAULT, Michel. Nietzsche, la Genealogía, la Historia. Valencia: Edición Pretextos, 1988. 33 p.

³ FOUCAULT, Michel. Nietzsche, la Genealogía, la Historia. Valencia: Edición Pretextos, 1988. 36-37 p.

⁴ FOUCAULT, Michel. El sujeto y el poder: ¿Por qué estudiar el poder: la cuestión del sujeto? Bogotá: Carpe Diem Ediciones, 1991. p. 60.

⁵ FOUCAULT, Michel. Nietzsche, la Genealogía, la Historia. Valencia: Edición Pretextos, 1988. 26 p.

⁶ FOUCAULT, Michel. Nietzsche, la Genealogía, la Historia. Valencia: Edición Pretextos, 1988. 29 p.

⁷ FOUCAULT, Michel. Disciplina. En: Vigilar y Castigar. Buenos Aires: Siglo XXI. 2002. p. 125

únicamente al Estado; también es una característica del ejercicio de poder entre sujetos⁸. El periodo establecido, responde a la temporalidad, siendo esta, el conjunto o masa de nociones que considera la historia como una sucesión uniforme y continua de series temporales y espaciales que arrastra a todos los seres y objetos a un mismo devenir y en una misma dirección⁹, que para efectos de esta investigación se centra en 2013 – 2016, ya que en este momento de la historia, convergen las fuerzas políticas, sociales y económicas en función de reconocer al hospital universitario desde la conformación de los saberes, y de los discursos en los que no es forzoso destacar los acontecimientos que se estudian, si no que por el contrario emergen del ejercicio genealógico. También, el ejercicio desde la perspectiva permite repensar la concepción del poder y como en el trascurso de la historia estudiada, ha tenido una connotación en la configuración de la formación en profesionales de salud, que emerge de relaciones entre sujetos.

Igualmente, no es ajeno al desarrollo de esta investigación el ejercicio arqueológico, ya que este permite mostrar los discursos de manera específica desde su rastreo, brindándoles notabilidad sin tener en cuenta o darle a importancia a su procedencia¹⁰. De esta manera, se revisó el componente legal y normativo, nacional e internacional, las noticias, la prensa, los boletines, como también las investigaciones o artículos donde se evidenció el discurso asociado al hospital universitario. Dada la minuciosidad de la perspectiva y tal como lo plantea Foucault, al estudiar un periodo se imponen dos reglas por encima de las demás: tratamiento exhaustivo del material y equitativa distribución cronológica del examen¹¹.

Respecto al escenario de esta investigación, el hospital universitario, la tendencia a la mundialización de diferentes aspectos, relacionados con la economía y la sociedad, entre ellos el trabajo y la educación, se ha justificado la necesidad de vincular ~~más~~ estrechamente, el mercado de trabajo con la enseñanza. La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) explicita el objetivo de propiciar el aprendizaje permanente y la construcción de las competencias adecuadas para contribuir al desarrollo cultural, social y económico de la sociedad y del conocimiento. Al decir de

⁸ Hubert L. Dreyfus - Paul Rabinow Michel Foucault: más allá del estructuralismo y la hermenéutica El sujeto y el poder p256-257

⁹ Sergio Albano, Michel Foucault. Glosario epistemológico, (Buenos Aires: Editorial Quadrata, 2006), p 31.

¹⁰ FOUCAULT, Michel. La arqueología del saber [en línea]. Buenos Aires: Siglo XXI 2002. p. 227-235 [Consultado el 16 octubre] de 2021. Disponible en: https://monoskop.org/images/b/b2/Foucault_Michel_La_arqueologia_del_saber.pdf

¹¹ FOUCAULT, Michel. El polvo y la nube. En: La imposible prisión. Paris: Editorial Anagrama, 1980. p. 42

Foucault, el hospital, el espacio de la experiencia, ese identifica con el dominio de la mirada atenta de esta vigilancia empírica abierta a la evidencia de los únicos contenidos visibles¹². Estos contenidos visibles, se podrían comparar o equiparar a un término actual denominado competencia.

Es de mencionar que existen diferentes definiciones de competencia, una muy representativa en el ámbito médico, es la de Nogueira: conjunto de saberes, cualidades y comportamientos puestos en juego para resolver situaciones concretas de trabajo¹³. De lo anterior, podemos afirmar que la salud no es ajena a dichas tendencias y también participa de toda la metodología inherente a la educación médica basada en competencias que son la base de la formación en el modelo educativo de los hospitales universitarios. Vayamos más atrás, si bien, la palabra competencia procede del latín *competencia*, que significa disputa o contienda entre dos o más personas sobre algo, y se relaciona con los siguientes términos y/o significados: capacidad, pericia, aptitud, idoneidad para hacer algo o intervenir en un asunto determinado¹⁴.

Ahora, en 1998, durante la Conferencia Mundial sobre la Educación Superior, celebrada en la sede de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), se expresó la necesidad de propiciar el aprendizaje permanente y la construcción de competencias adecuadas para contribuir al desarrollo cultural, social y económico de la sociedad del conocimiento¹⁵.

Por ello, el concepto de competencia empezó a ser utilizado como resultado de las investigaciones de David McClelland en 1975 y fue orientado a identificar las variables que permitieran explicar el desempeño en el trabajo.¹⁶ Países como Inglaterra, Canadá, Australia, Estados Unidos de Norteamérica (EUA) y ahora toda la Unión Europea son pioneros en la aplicación del enfoque de competencias, al considerarla como una herramienta útil para mejorar las condiciones de eficiencia, pertinencia y calidad de la educación para que en un

¹² FOUCAULT, Michel. El nacimiento de la clínica. México, Editorial siglo XXI, 2012. p. 14

¹³ NOGUEIRA SM, Rivera MN, Blanco HF. Desarrollo de competencias para la gestión docente en la educación médica superior. *Educ Med Super* 2003; 17 (3): 1-4

¹⁴ http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=competencia

¹⁵ ARGUDÍN Y. Educación basada en competencias: nociones y antecedentes. Editorial Trillas. México. 2005. p. 7-10.

¹⁶ ARGUDÍN Y. Educación basada en competencias: nociones y antecedentes. Editorial Trillas. México. 2005. p. 7-10.

futuro también mejoren su economía.¹⁷ Así, el contexto actual propicia que se profundice en el tema de las competencias docentes para la formación del recurso humano de las distintas profesiones, proceso de formación y desarrollo profesional en el área de la salud que se sustenta en la adquisición de competencias y que abarca el desarrollo profesional continuo, pretendiendo fortalecer la necesidad del vínculo entre el trabajo y la formación.¹⁸

En esta investigación, el vínculo mencionado, se encontró y analizó desde las siguientes categorías: hospital, universidad y formación. Inicialmente, al precisar sobre el concepto de hospital, esta categoría, vista como un espacio de tensión, entre lo que emerge del lugar y su dinámica cotidiana, fue imprescindible acercarse a Foucault en su libro el nacimiento de la clínica, ya que muestra históricamente, el núcleo del saber médico a partir del siglo XIX. Así mismo, describe cómo el discurso médico comienza a reescribir su historia, al cambiar las acciones crueles de la edad media y cómo esas acciones dan lugar a saberes y claridades de las dimensiones y las relaciones aparecidas en esas nuevas configuraciones¹⁹; así como se configuró la arqueología del saber médico posterior a historiar las formaciones discursivas, visualizando sus transformaciones y estableciendo las particularidades a la hora de emerger.

Para el cumplimiento de esta investigación y en relación con el objetivo general, se consideró oportuno realizar una búsqueda de diferentes superficies, tales como: decretos, leyes, políticas, prensa, noticias, etc. Estas superficies permitieron construir la masa documental, la cual se comprende como el lugar de observaciones sistemáticas y homogéneas, las confrontaciones del establecimiento de la frecuencia y de las probabilidades, de la anulación de las variantes individuales²⁰, es decir, donde se da la aparición del discurso en torno al hospital universitario.

En la revisión, se abordaron 141 documentos, en coherencia con las categorías y el periodo seleccionado, así mismo, se tuvo en cuenta lo que dicen los documentos y no quien lo dice, se profundizó en las fuerzas que hacen vislumbrar el discurso; seguido de eso, se realizó tematización y lectura en pro de la construcción del archivo, siendo este la compilación

¹⁷ GIMENO SJ, PÉREZ GAI. Comprender y transformar la educación. Ediciones Morata. Madrid, España. 11ª edición. 2005. p. 12-32.

¹⁸ NOGUEIRA SM, Rivera MN, BLANCO HF. Desarrollo de competencias para la gestión docente en la educación médica superior. *Educ Med Super* 2003; 17 (3): 1-4.

¹⁹ FOUCAULT, M. (2001): *El nacimiento de la clínica*, Siglo XXI, México. p 118, 119

²⁰ FOUCAULT, Michel. *La arqueología del saber*. México D.F.: Siglo XXI editores, 2010. p. 71

emergente con relación a las categorías previamente descritas.

Fue así como se desarrolló la organización de dicho archivo, a partir de un planteamiento previo, enfocado hacia la emergencia del hospital universitario y las posibilidades de encontrar la recurrencia, involucrando los planes de desarrollo desde la formación de los recursos, talento o capital humano; del sistema educativo en Colombia y la manera que se ha transformado en diferentes momentos históricos²¹.

Es así, que de la tensión latente, en tanto la universidad era sometida a una reforma precisada por el Decreto Ley 80 de 1980, que tuvo como objetivo la readecuación de la universidad a las demandas del modelo económico del país, asociada al predominio de intereses externos; donde esta reforma acrecentaba el proceso de agrupación del conocimiento humano y exigía una serie de requisitos que problematizaban el ascenso en la pirámide educacional, haciendo a la Universidad un espacio más elitista.²² Este fenómeno implicó un ordenamiento político y administrativo de esta, ya que la dinámica de utilización de recursos y la disminución de la responsabilidad financiera por parte del Estado, hacía necesaria la aparición de redes colaborativas, por la implantación de la autofinanciación de las universidades.

En este proceso, nace la formalización del vínculo entre hospital y universidad desde un aspecto político y educativo, dicha relación no desdibujaba las exigencias del ICFES (Instituto Colombiano de Fomento para la Educación Superior), entidad creada en la década del 60's cuya función era, y es, ejercer suprema vigilancia y orientación de la educación superior en el país.²³

De igual manera, se afirmaba que la construcción del conocimiento junto con la manera en la que se forma en los hospitales, responde a la correlación entre formación y sociedad como a la contribución de la formación al desarrollo, la cantidad de años de formación es directamente proporcional con la productividad, a mayores beneficios salariales y mayor equidad en la distribución de beneficios.²⁴ Por ejemplo, la praxis hospitalaria resulta ser determinante en la aplicación de los beneficios inmersos en ella, considerando que esta

²¹Recuperado de: https://www.mineducacion.gov.co/1759/w3-article-231235.html?_noredirect=1

²² TIMANA, Queipo, 1987: "Una reforma que no reformó la Universidad" en Revista Educación y Cultura No. 12, Bogotá pág. 51

²³ <https://www2.icfes.gov.co/web/guest/quienes-somos-2019>

²⁴ TEDESCO, Juan Carlos, 1990: "La Educación y el desarrollo en América Latina" en Documento, Año IV No. 5

práctica permite a los profesionales en formación desarrollar su potencial, su capacidad de análisis, y síntesis de la información y garantiza las competencias que desde los programas de Educación Superior se plantean.

Por último, en términos metodológicos, la elaboración del archivo implicó a partir de una organización semántica y por significación el descubrir la recurrencia de algunos conceptos encontrados en los documentos, a partir de los cuales emergieron los enunciados²⁵, entendemos los enunciado al decir de Foucault, la modalidad de existencia de un conjunto de signos, modalidad que le posibilita ser algo más que un simple conjunto de marcas materiales: referirse a objetos y a sujetos, entrar en relación con otras formulaciones y ser repetible. Para la arqueología el problema es comprender cómo ha sido posible que sólo tales enunciados hayan existido y no otros²⁶. De igual forma, para el ejercicio genealógico²⁷ se encontró la regularidad entre fuerzas permitiendo así dar cuenta de la procedencia²⁸ de los enunciados, que a su vez facilitó reconocer el aspecto único de un concepto en la emergencia del hospital universitario.

Como lo señalará Foucault, el estudio requirió de una visión que distingue, distribuye, deja actuar las desviaciones y los márgenes de una perspectiva capaz de disociarse ella misma y de borrar la unidad de ese ser humano, quien supuestamente es capaz de llevarla soberanamente hacia su pasado y hacer una mirada a la historia en retrospectiva tras la búsqueda de la constitución como concepto dentro de esos discursos en torno a la emergencia del hospital universitario²⁹, ha sido la tarea propuesta en esta investigación. De allí, se visualiza la aparición simultánea de otros conceptos y discursos en prácticas asociadas a la educación médica, la formación y el estado.

²⁵ FOUCAULT, Michel. La arqueología del saber. México D.F.: Siglo XXI editores, 2010. p. 71

²⁶ CASTRO, Edgardo. El vocabulario de Michel Foucault: Un recorrido alfabético por sus temas, conceptos y autores [en línea]. p165. Disponible en: http://www.multimedia.pueg.unam.mx/lecturas_formacion/sexualidades/modulo_9/sesion_1/complementaria/Edgardo_Castro_El_vocabulario_de_Michel_Foucault.pdf

²⁷ FOUCAULT, Michel. Nietzsche, la Genealogía, la Historia. Valencia: Edición Pretextos, 1988. p. 44.

²⁸ Este concepto hace que en la investigación sea posible analizar las marcas y huellas inscritas en cada cuerpo o superficie de la masa documental encontrada, puede acuerdo con este concepto, rastrear la procedencia agita lo que se percibía como inmóvil, fragmenta lo que se pensaba unido, muestra la heterogeneidad de lo que se imaginaba sí mismo. FOUCAULT, Michel. Nietzsche, la Genealogía, la Historia. Valencia: Edición Pretextos, 1988. p. 26.27.

²⁹ FOUCAULT, Michel. Nietzsche, la Genealogía, la Historia. Valencia: Edición Pretextos, 1988. p. 44.

En la emergencia del hospital universitario, se hacen visibles las relaciones de poder³⁰, en tanto el estado, la universidad y otras fuerzas confluyen y configuran los discursos de formación y una realidad distinta a la que se gestaron los hospitales en términos de curar y pasar a la misión de enseñar.

De esta forma, el abordaje de la pregunta de investigación atravesó el análisis arqueológico y genealógico evidenció las distintas fuerzas en juego para el periodo en cuestión, buscando entender su emergencia en el sentido de su existencia

³⁰ FOUCAULT, Michel. El sujeto y el poder: ¿Por qué estudiar el poder: la cuestión del sujeto? Bogotá: Carpe Diem Ediciones, 1991. p. 60.

II. DEL INTERÉS DE CURAR AL INTERÉS DE APRENDER

En este capítulo se aborda al hospital desde el componente histórico, esa historia que ha mostrado al hospital como una institución educadora y que en simultánea al acto asistencial, enseña el arte de la medicina al favorece las destrezas del personal médico. Sin embargo, es de acotar, que en el desarrollo de es capítulo responde a los enunciados como síntesis del trabajo genealógico.

2.1.El hospital debe educar

Curar y aprender, dos conceptos, una realidad o tal vez una utopía. Al inicio de la presente investigación surgieron dudas respecto a la intención de los hospitales, una de ellas se asociaba a si se les podía seguir considerando netamente como escenarios para curar, como la historia lo describe en términos de la teúrgia.³¹

Así mismo, surgieron interrogantes asociados a cómo se ha entendido la práctica hospitalaria; cuál es el papel de los programas universitarios en la formación en el hospital; cómo se expresa la relación teoría-práctica en la formación hospitalaria y qué cambios en la relación universidad – hospital han emergido, hablando en términos de la formación y cómo esta se ha producido en consonancia con las fuerzas participantes en estos.

Estas inquietudes, posibilitaron otros interrogantes, que serán abordados a lo largo de los capítulos. Dicho esto, se pretende antes que definir el hospital universitario, indagar acerca del lugar donde se sitúa, hacer aparecer el punto de encuentro, localizarlo en su divergencia, hallar el lugar en que los discursos se yuxtaponen, en pocas palabras, hallar la forma de su desface³² y desajuste en las diferentes enunciaciones, dispersas en el marco de la emergencia de dicha institución.

Seguramente, algunas preguntas queden expuestas a posibles debates, otras serán develadas evidenciando las fuerzas y los discursos que giran alrededor de la emergencia del hospital universitario, sin importar quién los dice, sino cómo se dicen³³. De ahí, que se haga la síntesis

³¹ DE FRANCISCO ZEA A. El Hospital de San Juan de Dios de Bogotá. Actual Enferm 1998; 1 (No. 3, sept): p. 31 -36.

³² FOUCAULT, Michel. La arqueología del saber. México D.F.: Siglo XXI editores, 2010. p. 199.

³³ FOUCAULT, Michel. La arqueología del saber. México D.F.: Siglo XXI editores, 2010. p. 161.

como enunciado al mostrar al hospital con el deber de educar.

Inicialmente se debe comprender el hospital, no sólo como concepto, si no como institución. El hospital es descrito como un lugar en el que los miembros de una comunidad pueden obtener servicios destinados a devolverles la salud. Más recientemente se ha convertido también en un lugar para la rehabilitación de gente con deficiencias a nivel corporal, cognitivo, comunicativo; o donde las personas mayores pueden mantener su calidad de vida. Es también el hospital moderno un lugar de enseñanza, un centro de aprendizaje de futuros médicos, cirujanos y otros profesionales.

Al mismo tiempo, es con frecuencia, un centro de investigación donde se amplía el conocimiento científico de las enfermedades. En sentido sociológico el hospital moderno es una gran y compleja organización, con una jerarquía de estatus, roles, derechos, deberes, actitudes, valores y fines específicos³⁴.

El referente hospital visto como contexto, es un espacio de tensión, entre lo que emerge de él y su dinámica cotidiana. Foucault en su libro el nacimiento de la clínica presenta históricamente el núcleo del saber médico del siglo XIX en adelante. En el capítulo 8 la reconstrucción histórica que realiza de la medicina del XIX con respecto a su nacimiento como ciencia, tiene que ver con la idea de su existencia en un clima de oscuridad, el análisis que realiza tiene una connotación y un sentido político; dicho análisis cobra sentido para el acercamiento a nuestra actualidad en términos de la concepción del hospital. En ese orden, el hospital -cómo se verá- fue implicado –como un todo– en la evaluación objetiva de las competencias adquiridas, con la participación de expertos en educación médica³⁵. Es así, cuando se comienza a pensar al hospital como posible educador, siendo este escenario un espacio para la formación de profesionales de salud desde la práctica hospitalaria. Los avances tecnológicos, científicos y cada una de las modificaciones en los métodos diagnósticos, de tratamiento, del crecimiento de la población, del aporte de las ciencias sociales al estudio de las enfermedades y finalmente la emergencia de las nuevas concepciones en salud, son factores que favorecieron que diferentes entidades relacionadas

³⁴ COE, R. M. (1973). Sociología de la medicina. Ed. Alianza, Madrid. pp. 271-272.

³⁵ BARÓN-MALDONADO M. La enseñanza de la medicina. In Villanueva JL, Millán J, Barón M, eds. Estándares para la enseñanza de la medicina. Madrid: Fundación Lilly; 2006. p. 1-11

con el sector académico se movilizaran pensando sus currículos, propósitos, funciones y objetivos desde el hospital.

Simultáneamente, el avance, la crisis y los cambios de las fuerzas política y educativa han permeado las revisiones de los procesos institucionales, entre ellas, las estructuras administrativas y académicas tradicionales enmarcadas en el aula, las cuales empiezan a perder vigencia³⁶. Vigencia en términos no de moda, sino en respuesta a las exigencias de formar personal de salud que considere de manera integral la visión del ser humano, los problemas de salud global, tanto en los individuos como en los colectivos. Aquí cabe la pregunta por aquello que en su momento se consideró ofrecía el hospital y no la universidad. De igual manera, las orientaciones en la sinergia Hospital – Universidad parecían permitir que los profesionales en salud se formaran desde el contexto en sí mismo y a partir de las necesidades de la población y con los recursos visibles en los centros de salud, hospitales, etc. Ya que englobaban profundamente a los pacientes, sus familias y a todo el componente administrativo girando en torno al hospital universitario.

Esta investigación permitió observar que, en las lógicas del hospital, salen a la luz acontecimientos que marcan la cotidianidad de la formación de profesionales de la salud en el marco de la enseñanza y el aprendizaje. Que, desde el hospital, la intención de educar con un eje integrador donde la enfermedad se usa como área de formación en respuesta a la atención en el servicio y el adiestramiento de los profesionales con la práctica activa y el trabajo real de su formación con guía profesional inmersa en dichos escenarios. El hospital que no solo sana, sino que también educa, se visualiza en varias revisiones, que, al decir en términos de la perspectiva, se expresan como fenómenos complejos distribuidos en los diferentes planos de la formación discursiva.³⁷

Por su parte, se afirma como dichas relaciones descubren un modelo de representación que depende de la interpretación y las características de la sociedad y el sistema de salud vistos como un sistema de varias organizaciones en perspectiva de la misión de sanar educando, sin embargo, para hablar de hospital universitario, primero se debe entender qué es la educación

³⁶ BARÓN-MALDONADO M. La enseñanza de la medicina. In Villanueva JL, Millán J, Barón M, eds. Estándares para la enseñanza de la medicina. Madrid: Fundación Lilly; 2006. p. 8

³⁷ FOUCAULT, Michel. La arqueología del saber. México D.F.: Siglo XXI editores, 2010. p. 201

médica y cómo ha cambiado a lo largo de la historia.³⁸

2.2. El ambiente hospitalario favorece las destrezas del personal médico

El hospital se ha considerado a lo largo de la historia como una institución que atiende personas enfermas a través de diversas profesiones, tales como lo son, médicos, enfermeras, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, odontólogos, etc., con el único fin de recuperar, mantener o mejorar la salud de la población.³⁹ Si ahondamos en definiciones propias de entes reguladores, la Organización Panamericana de la Salud lo define como todo establecimiento dedicado a la atención médica, en forma ambulatoria y por medio de la internación, sea de dependencia estatal, privada o de la Seguridad Social; de alta o baja complejidad; con fines de lucro o sin él, declarados en sus objetivos institucionales; abierto a toda la comunidad de su área de influencia o circunscripta su admisión a un sector de ella.⁴⁰

Lo que se vive en el hospital, es decir el ambiente hospitalario, se ha pensado en distintos momentos y en particular en este que nos ocupa, en tanto institución que puede operar como lugar de enseñanza, favoreciendo las destrezas del personal médico (institución académica) siempre y cuando cuente con los servicios de distintas especialidades, estaríamos hablando de III Y IV nivel de atención⁴¹.

Los hospitales a su vez hacen parte de organizaciones prestadoras de servicios de salud, organizaciones complejas que cuentan con cobertura a población, en gran proporción con patologías complejas de difícil manejo, de múltiples diagnósticos, y complicaciones a largo, mediano y corto plazo⁴². La complejidad del ambiente permite al personal médico estar en constante aprendizaje, valorando la enfermedad y aprendiendo de ella. Igualmente, se señala en los planteamientos universitarios, que la formación en competencias del hacer, del saber y del ser, se ven permeadas en paralelo a la atención a usuarios, procedimientos quirúrgicos,

³⁸ LEWKONIA R. The functional relationships of medical schools and health services. *Medical education*. 2002; 36: 289-295

³⁹ MILLER, T.S. (1997) *The Birth of the Hospital in the Byzantine Empire*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press p23

⁴⁰ OPS-OMS. La garantía de calidad. Acreditación de hospitales para América Latina y el Caribe. Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud. HSD/SILOS 13; 1992

⁴¹ MINSALUD <https://www.minsalud.gov.co/Normatividad%20CRES/Acuerdo%2008%20de%202009%20-%20Anexo%203%20-%20Comentarios%20complejidad%20y%20promocion%20de%20la%20salud%20y%20prevencion%20enfermedad.pdf>

⁴² CEZAR, AM. Los hospitales universitarios: pasado, presente y futuro. *Cuadernos Médico Sociales*. 2001; 79: 119-12 Sounding Board. The social missions of academic health centers. *The New England Journal of Medicine*. November 20, 1997; 337(21):1550-1153;

tratamientos farmacológicos, rehabilitación, etc.

Estas competencias, al decir de Tedesco permiten ahondar en la construcción del conocimiento, dando respuesta a la correlación entre formación y sociedad o a la contribución de la formación al desarrollo, asociada a que la cantidad de años de formación directamente proporcional con la productividad, pues a mayores beneficios salariales se espera mayor equidad en la distribución de beneficios⁴³. Por ejemplo, la praxis hospitalaria es determinante en la aplicación de los beneficios inmersos en ella, considerando que esta práctica permite a los profesionales en formación desarrollar su potencial, su capacidad de análisis, de síntesis y garantizar las competencias que desde los programas de educación superior se plantean.

En contexto, el concepto de competencia se empezó a utilizar como resultado de las investigaciones de David McClelland en 1975, y se orientó a identificar las variables que permitieran explicar el desempeño en el trabajo.⁴⁴ Países como Inglaterra, Canadá, Australia, Estados Unidos de Norteamérica (EUA) y ahora toda la Unión Europea son pioneros en la aplicación del enfoque de competencia. También, se considera como una herramienta útil para mejorar las condiciones de eficiencia, pertinencia y calidad de la educación⁴⁵. El proceso de formación y desarrollo profesional en el área de la salud sustentada en la adquisición de competencias abarca también el desarrollo profesional continuo, y fortalece la necesidad del vínculo entre las destrezas aprendidas y el personal médico⁴⁶.

Se evidencia que los profesionales mejor formados son aquellos que en algún momento participaron en la formación de los demás, lo que es cierto. Sin embargo, es una situación, así creada, que dificulta enormemente que el hospital profundice en su carácter docente⁴⁷. En términos generales, la formación deriva de una representación que se apoya en un dominio de observaciones o experiencias, es así, que precisa incorporar cambios estructurales y funcionales que permitan una mayor y mejor implicación de la organización

⁴³ TEDESCO, Juan Carlos, 1990: "La Educación y el desarrollo en América Latina" en Documento, Año IV No. 5

⁴⁴ ARGUDÍN. Y. Educación basada en competencias: nociones y antecedentes. Editorial Trillas. México. 2005. p. 7-10.

⁴⁵ GIMENO SJ, Pérez GAI. Comprender y transformar la educación. Ediciones Morata. Madrid, España. 11ª edición. 2005. p. 12-32.

⁴⁶ NOGUEIRA, SM, Rivera MN, Blanco HF. Desarrollo de competencias para la gestión docente en la educación médica superior. Educ Med Super 2003; 17 (3): 1-4.

⁴⁷ NÚÑEZ, J. (2003). La gestión de la docencia en los hospitales universitarios. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid p1

sanitaria a la educación en medicina.⁴⁸

Dicho esto, para satisfacer las demandas formativas del futuro médico, el hospital al decir de distintos discursos, se constituye como un elemento trascendental⁴⁹. Al visualizar esta afirmación se muestra la red entre universidades orientadas a la formación, vistas desde sus aparición, con una relación en la producción de la alta cultura, el pensamiento crítico y los conocimientos científicos y humanísticos necesarios para la formación; por otro lado, parece brindar los requerimientos mínimos que ofrece la universidad en la formación de profesionales médicos como la producción de conocimientos instrumentales, útiles para la formación de capital humano en salud.⁵⁰

En este sentido, se considera que el hospital en función de la adquisición de destrezas debe participar de forma activa en la adaptación estructural que le permita al personal en formación hacer inmersión en cada espacio⁵¹, precisando que el ambiente está en función de la enseñanza, en función de las competencias asistenciales y en el manejo integral de los pacientes, se preguntan entonces: ¿acaso en la universidad podría encontrarse el profesional de salud con personas en estado terminal? ¿podría el profesional de salud garantizar excelencia en su labor al no enfrentarse directamente con el enfermo? La respuesta que se encuentra es no, ello es de difícil acceso solo desde la universidad y si resulta ser la condición misma del hospital. . Por ejemplo, si se habla de historia, la creación del primer hospital en Santa Fe de Bogotá en el que practicaban los estudiantes de medicina se remonta al año de 1564 con el nombre de Hospital de San Pedro, localizado en la calle San Felipe, hoy carrera décima con primera y denominado Hospital San Juan de Dios, es considerado como la cuna de la cirugía colombiana.⁵²

Hacer referencia a la cuna, no es más que un discurso sustentado en la práctica hospitalaria, un discurso que se va construyendo a lo largo de la historia y que cada vez toma más fuerza incorporando política, tradición, economía, etc. Insistiendo en el desarrollo de las destrezas

⁴⁸ NUÑEZ, J et al. (2008). Relaciones de la facultad de medicina con el hospital universitario. La enseñanza de la medicina clínica. EDUC MED. 11 (1): 3-6

⁴⁹ NUÑEZ, J et al. (2008). Relaciones de la facultad de medicina con el hospital universitario. La enseñanza de la medicina clínica. EDUC MED. 11 (1): 3 p

⁵⁰ La universidad en el siglo XXI. Para una reforma democrática y emancipadora de la universidad. México: UNAM / CEIICH, 2005, pág. 24.

⁵¹ BARÓN-MALDONADO. M. La enseñanza de la medicina. In Villanueva JL, Millán J, Barón M, eds. Estándares para la enseñanza de la medicina. Madrid: Fundación Lilly; 2006. p. 1-11

⁵² ANDRADE, E. Oración año 1983. Sociedad Colombiana de Cirugía 83: p 56-61

netamente asociado al hospital. Ahora bien, efectivamente la “teoría” o lo que llamamos contenidos, sería esa semilla que únicamente da fruto en la práctica vista metafóricamente. Es así, que las contradicciones⁵³ derivadas de estos discursos muestra el entronque de estos, pues habitualmente se imagina que la universidad es el ente formador, sin embargo, como se visualiza a lo largo de esta investigación, no siempre ha sido así. La Universidad ha pasado de ser formadora de estos saberes, ha vincularse con hospitales, estableciendo mecanismos para la adquisición de destrezas de sus estudiantes, futuros profesionales en salud.

2.3.¿La sofisticación del hospital universitario puede traicionar su esencia como institución prestadora de servicios de salud?

El archivo visto como regulación de lo que puede ser dicho, el sistema que rige la aparición de los enunciados como acontecimientos singulares⁵⁴ habla y nos remonta a los cambios que se suscitaron en Colombia durante la década de los 90, específicamente desde las fuerzas política y económica. Es allí, donde se empieza hablar de conceptos como lo son apertura y desregulación, conceptos que van enmarcados en la idea de competir y por ende ser eficiente. De igual manera, el contexto en el que estamos situados tiene varios momentos de tensión, la reforma a la educación superior⁵⁵ y la reforma a la salud mediante la Ley 100. Estas introdujeron algunas mejoras en el acceso al servicio, principalmente en salud, sin embargo, implicaron la irrupción desde los intereses de tipo económico eludiendo un carácter humanitario y algunos principios éticos de la atención, particularmente la relación médico – paciente equiparando el hospital netamente y a manera de símil con una empresa de manufactura.

Sin embargo, estas apuestas económicas producidas en el orden económico mundial tensionan intereses más de orden humanitario en atención a las necesidades del ser humano.⁵⁶ En 1957 la OMS define el hospital como parte integrante de una organización médica y social cuya misión consiste en proporcionar a la población una asistencia médico-sanitaria

⁵³ FOUCAULT, Michel. La arqueología del saber. México D.F.: Siglo XXI editores, 2010. p. 199.

⁵⁴ FOUCAULT, Michel. El orden del discurso. Ed. Tusquets, Barcelona, 1987, p. 11.

⁵⁵ <https://www.mineduacion.gov.co/1621/article-86437.html> Ley 30 1992

⁵⁶ ARROYAVE, M, ISAZA P. Una perspectiva histórica del hospital. Educ Med Salud. 1989; 23:182-191.

completa, tanto curativa como preventiva, y cuyos servicios externos irradian hasta el ámbito familiar, de otro lado, el Hospital ha emergido como un centro de formación de personal médico-sanitario y de investigación bio-social⁵⁷.

De igual manera, el hospital se considera como un establecimiento dedicado a la atención médica, bien sea una dependencia estatal, privada, o adscrita a la seguridad social de un país, con fines de lucro o no, abierto a la comunidad o circunscrito de manera particular con servicios ambulatorios o de internación de alta o baja complejidad⁵⁸. También, se dice que el hospital es una unidad académico asistencial que integra el funcionamiento en tres grandes objetivos, asistencial, académico e investigativo. Este último ambiente es reconocido por su nivel de experticia en cuanto a los servicios que puede ofrecer, por la cualificación de sus empleados y de los profesionales que forma y la manera en la que se transmiten las ciencias biomédicas, el desarrollo científico y personal.⁵⁹

Con relación a lo anterior, teniendo en cuenta su especificidad y las fuerzas en juego, encontramos en los discursos, cómo la apuesta de enseñar en el hospital a lo largo la historia no se traiciona, por el contrario, la acción de enseñar en este ambiente no es nueva, a pesar de que en la actualidad de la investigación, dicha enseñanza sea distinta.

Podríamos decir que, desde sus comienzos, el hospital ha vinculado la enseñanza de la medicina y la atención desde la práctica con el enfermo⁶⁰. Es bastante claro, que la práctica hospitalaria directa con el paciente es primordial, teniendo en cuenta que el profesional en formación pueda aplicar los conocimientos teóricos. De tal manera, que se logre ahondar en el ejercicio de conocer al ser humano, sus diferencias y todo lo relacionado con curar la enfermedad que lo aqueja.

Sin embargo, aparece una tensión en cuanto al interés de los hospitales desde la visión ética, y es el uso de los seres humanos, particularmente enfermos y vulnerables o con alguna condición de salud particular para el aprendizaje del estudiante en formación⁶¹. El hecho de

⁵⁷ Organización Mundial de la Salud. Función de los hospitales en los programas de protección de la salud. Serie de Informes Técnicos, 122. Ginebra - Suiza. 1957

⁵⁸ PAGANINI, JM. Calidad y Eficiencia de la Atención Hospitalaria, Serie HSS/SILOS-30. Organización Panamericana de la Salud, Washington. 1993.

⁵⁹ CIVEIRA, F. El hospital como centro nuclear para mejorar la enseñanza de la medicina. Educ. méd. 2010; 13(supl.1):S33-S35.

⁶⁰ FOUCAULT, Michel, El nacimiento de la clínica, una arqueología de la mirada médica, Siglo XXI, Buenos Aires, 2008.

⁶¹ CARREÑO, J. Bioética y universidad: el hospital universitario, ¿público o privado? Rev. Cienc. Salud. 2007; 5:91-101.

no contar con pacientes afecta en gran medida la formación, ahora bien, esto ha hecho que el buen accionar al proteger socialmente esta relación bidireccional surjan beneficios al contar con verdaderos hospitales en los que de manera diversa se produzca la formación de excelentes profesionales, idóneos, de tal manera que cuando llegue y se asuma la responsabilidad al prestar un servicio de salud cuente con alto niveles éticos y morales asociados a los derechos de los pacientes a participar o no, por ejemplo en estudios e investigaciones.

De igual manera, surge otra tensión expresada desde la perspectiva administrativa y asociada a los intereses políticos y económicos con relación a como estos aspectos no traicionarían la esencia del hospital. Se afirma que el hospital, debe repensar su gestión administrativa y fortalecer la oferta docente en términos de la demanda social de los servicios que ofrece, ya que no es suficiente fortalecer la estructura física y tecnológica, si no que por el contrario, se debe fortalecer el talento humano en salud y ofrecer más docentes a estos profesionales para obrar en la formación de estos⁶².

Para finalizar este apartado, la esencia del hospital supera el debate normativo, ético y legal, en términos de si puede o no ser considerado como universitario. No es una figura nueva, es un concepto que se ha consolidado pero que ha estado inmerso desde siempre, no es solo una estructura física ni tampoco una universidad o un espacio físico como el aula de clase. El hospital Universitario va más allá de una locación, se convierte en monumento,⁶³ se convierte en un testimonio vivo y permanente de la historia el cual está adscrito al conocimiento actual sobre las enfermedades y sus aportes inamovibles en la sociedad. De igual manera, si lo visualizamos desde el análisis genealógico,⁶⁴ se devela su procedencia, la cual permitió insistir en las meticulosidades y azares que muestra al personal médico como aprendiz, favoreciendo, una atención a aquellos discursos que instauran un ambiente que forma. En otras palabras, su emergencia y dinámica cotidiana permiten un juego de relaciones que no es ajena a la realidad actual, pero que ese expresa diferente de acuerdo con ciertas condiciones de posibilidad.

⁶² Arjente J. Hospitales universitarios en España: ¿Se entiende su concepto y función? *An Pediatr (Barc)*. 2012; 76:313-16.

⁶³ FOUCAULT, Michel. *La arqueología del saber*. México D.F.: Siglo XXI editores, 2010. p. 190.

⁶⁴ FOUCAULT, Michel. *Nietzsche, la Genealogía, la Historia*. Valencia: Edición Pretextos, 1988. 23 p.

2.4.El hospital no sólo como un centro asistencial, sino como un ámbito docente por excelencia.

Hablar de un ámbito docente, constituye un potente enunciado, lugar y estructura en la cual se hace posible la práctica de las competencias en el proceso de enseñanza y aprendizaje del personal médico. Es así, que se visualizan dos fuerzas a la hora de determinar la práctica docente en el hospital, por una parte, un programa que permite el uso del hospital desde la planificación, programación y estructuración de contenidos y por otro lado, consideraciones circunstanciales propias del ambiente como lo son las urgencias, los servicios de hospitalización, las salas de cirugía, entre otras⁶⁵. Es de anotar, que la presencia de los profesionales en formación en los hospitales no es suficiente, para que este tenga sentido la práctica docente debe darse bien sea desde los profesionales adscritos al hospital o desde los docentes de las mismas universidades.

Dentro del primer planteamiento, dicho programa responde a un plan de estudios, el cual se podría concebir como los contenidos disciplinares, inherentes a la mayoría de las carreras en la educación superior, de igual manera, responden a una lógica y a una historia del desarrollo de la ciencia⁶⁶. Las contradicciones⁶⁷ derivadas de estos discursos muestra el entronque de estos, pues generalmente se cree que la universidad es ese ente donde se realiza la formación del personal médico. Sin embargo, como se muestra en la investigación, no siempre la situación es así. La universidad ha pasado de ser aquella que forma, protege y brinda afecto, para ser aquella que establece mecanismos en red para posibilitar la apropiación de las competencias de los profesionales, estableciendo mecanismos diversos para el bienestar de sus estudiantes, normalizando las prácticas hospitalarias y gestionando la docencia para la formación de los profesionales de manera directa o indirecta.

Es así, que el hospital vuelca sus actividades y comprende que todas las áreas y cada una de

⁶⁵ MILLÁN NÚÑEZ-CORTÉS J, GARCÍA-SEOANE J, CALVO, Manuel E, DÍEZ-LOBATO, R, CALVO, Manuel F, NOGALES-ESPERT, A. Relaciones de la facultad de medicina con el hospital universitario: La enseñanza de la medicina clínica. Educ. méd. 2008; 11:3-6.

⁶⁶ MICHE, Rebeca Verónica Vega. La integración de los contenidos: un reto para un plan de estudios disciplinar. Revista Cubana de Educación Superior, 2003 p 25

⁶⁷ FOUCAULT, Michael. La arqueología del saber. México D.F.: Siglo XXI editores, 2010. p. 199.

ellas se resignifican como laboratorio de enseñanza, en ese sentido, la definición, la aprehensión y evaluación se visualizan como fundamentales en el ejercicio de la docencia al contar con profesionales inmersos en el ambiente hospitalario⁶⁸.

Esta inmersión, se justifica, en tanto se afirma que el estudiante logra vivir la experiencia de su disciplina, se involucra en el sistema de salud, y profundiza a partir de los recursos del hospital y claramente desde la práctica docente que adelanta. Sin esta última, no se alcanzaría de manera exitosa el proceso de formación, ya que la figura del tutor, docente, instructor, o como quisiéramos llamarlo, trasciende desde la presencia activa en los mecanismos asistenciales.

Ahora bien, la enseñanza de la medicina de cara al paciente representa una actividad compleja, esta debe ser dirigida desde la experiencia de las manifestaciones de la enfermedad, su diagnóstico, pronóstico, tratamiento y todo lo relacionado con ella; enmarca allí la capacidad de asumir la responsabilidad de la atención de una persona, la habilidad de establecer una relación afectiva con ésta y la aptitud para obtener información e interpretar y evaluar sus condiciones de salud o enfermedad. Es así, que en el acto asistencial se aprende por lo que se hace, y el mejor maestro del médico no es únicamente el paciente, ni tampoco el hecho de conocer la nosología o la obtención y recolección de signos y síntomas.⁶⁹

Lo anterior, teniendo en cuenta que al esclarecer el panorama y darle la importancia a la experiencia o la experticia de los docentes, surge el acompañamiento permanente en los procesos asistenciales, los docentes de práctica no solo orientan la adquisición de competencias propias de la disciplina, sino que además facilita la formación de conductas y principio de los profesionales sanitarios desde el modelamiento, es decir el ejemplo de su acción médica.⁷⁰

Ahora, si retomamos algunos pensamientos desde la arqueología de la mirada médica, la observación, los métodos, no son otra cosa que una reorganización sintáctica de la enfermedad, en la cual los límites de lo visible y de lo invisible siguen un trazo común⁷¹. Es

⁶⁸ DÁVILA, C. Hospitales de Enseñanza. Educación Médica y Salud. 1972; 6:117-129.

⁶⁹ FERNÁNDEZ, JM. Enseñando y aprendiendo ortopedia. México, DF: Lito-Grapo; 2011

⁷⁰ LIFSHITZ, A, García J. Educación en medicina; enseñanza y aprendizaje de la clínica. México: Ed. Alfíl; 2006. p 26

⁷¹ FOUCAULT, Michel. El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica. México, DF: Siglo XXI editores; 1966.

decir, la reorganización del ámbito hospitalario y la acción por develar no solo el surgimiento de la medicina, sino también la enseñanza a través de la experiencia sobre las enfermedades.

Se dice que, el reto de enseñar en un ambiente asistencial, esto automáticamente convierte al hospital en un ámbito docente, un escenario en el cual la gestión, la investigación, el experimento, deben ser prioridad si se habla de hospital universitario⁷². Allí se propician los métodos de delegación progresiva de responsabilidades, brindando al profesional en formación los recursos desde lo instrumental, estudios de patología, exámenes histológicos, laboratorio clínico, etc. Lo anterior parece asegurar la calidad del diagnóstico y el desarrollo integral de las estrategias de enseñanza.

Estas estrategias vividas en la cotidianidad del ambiente hospitalario recaen en las revistas o rondas médicas, estos espacios son complejos de abarcar, ya que la comunidad académica es bastante amplia, con intereses diversos en relación con el gusto, tiempo, quórum entre profesionales, actividades administrativas y asistenciales entre otras. La ronda médica se conoce dentro del contexto del área clínica como la estrategia didáctica dentro la cual un equipo interdisciplinario conformado por especialistas, residentes y estudiantes de diferentes carreras del área de la salud hace un reconocimiento directo de la historia clínica, el estado y la evolución de los pacientes que se encuentran en los servicios de hospitalización.⁷³

Ahora bien, el desarrollo de la ronda médica de los hospitales impulsa entonces un espacio pedagógico en el que los docentes, son capaces de transmitir su experiencia, enseñar temas pertinentes, o ayudar a que los estudiantes apliquen sus conocimientos en la atención directa de los pacientes.⁷⁴ También como estrategia didáctica estas acciones se promueven en los estudiantes de práctica clínica y residentes el desarrollo de competencias específicas como lo son las argumentativas, axiológicas y praxiológicas, estas son importantes para su desempeño profesional, además de las competencias genéricas como el autoaprendizaje, la investigación y la comunicación.⁷⁵

⁷² DÁVILA, C. Hospitales de Enseñanza. Educación Médica y Salud. 1972; 6:117-129.

⁷³ GALINDO CÁRDENAS, L., Arango Rave, M. E., & López Núñez, J. A. (2015). Orientaciones en Didáctica para la Formación de Competencias en los Posgrados Médicos. investigación en educación médica, p 9

⁷⁴ GIANNASI, S. E., & Durante, E. (2012). La enseñanza clínica: el caso de la recorrida de sala. REVISTA ARGENTINA DE TERAPIA INTENSIVA, p 29

⁷⁵ GIANNASI, S. E., & Durante, E. (2012). La enseñanza clínica: el caso de la recorrida de sala. REVISTA ARGENTINA DE TERAPIA INTENSIVA, p 30, 31

Si observamos la dinámica del ambiente hospitalario, particularmente la ronda médica, evidenciamos el ejercicio del poder⁷⁶, expresado mediante ciertas acciones que modifican otras acciones. Sin embargo, estas relaciones de poder se dan entre sujetos libres, lo que determina que el poder actúa en la aceptación de unos roles, es decir que se reconoce que el otro sabe más, lo que se acepta como garantía en el proceso de aprender eso que el otro no sabe y se desea saber. Esta concesión, al ser fundamental, de manera jerarquizada facilita la adquisición de saberes, a través de la experiencia en la práctica clínica. .

En concordancia con lo anterior y con los discursos, los hospitales generalmente atraviesan momentos de tensión en cuanto a la atención en numerosas situaciones de sus pacientes. Surgen allí grandes interrogantes, por ejemplo, ¿Cómo puede el hospital desempeñar su labor orientada en dos direcciones? ¿Cómo el hospital puede llevar a cabo dos funciones de manera adecuada y equilibrada?

Las respuestas podrían ser complejas u obvias, sin embargo, los discursos encontrados señalan como la responsabilidad académica va en concordancia con la responsabilidad hacia la comunidad atendida, es decir que, los hospitales deben garantizar el ejercicio docente, involucrando modelos de formación, desarrollando la enseñanza conscientemente no solo desde los métodos y procedimientos médicos, los estudios patológicos y fisiopatológicos, si no también, basados en el aprendizaje en servicio⁷⁷. Este aprendizaje ubica un marco conceptual y metodológico de la participación del profesional en formación acorde a sus responsabilidades y bajo un continuo asesoramiento docente.

El rol docente -se señala-, es fundamental para el desarrollo de las competencias mencionadas anteriormente, siendo el un guía en los procesos de aprendizaje del estudiante de práctica hospitalaria. En cuanto a la dinámica del ambiente, particular en las prácticas formativas, debe tener cualidades específicas en cuanto a proveer información, ser un modelo por seguir, convertirse en un facilitador del aprendizaje, ser asesor del estudiante, crear recursos

⁷⁶ FOUCAULT, Michel. El sujeto y el poder. Por qué estudiar el poder: la cuestión del sujeto. Bogotá: Carpe Diem Ediciones, 1991 . p. 83.

⁷⁷ Asociación Colombiana de Medicina Interna. Taller de Focalización: Perfil profesional del médico internista. Hotel Casa Dann Carlton, Bogotá, noviembre 22 de 2001

didácticos y ser evaluador de competencias⁷⁸.

Cabe resaltar que las características de estos docentes atañen el ambiente hospitalario, ya que el hospital en sí mismo, muestra una dinámica en donde las prácticas surgen y se desarrollan con el propósito de “sobrevivir” en un lugar donde los entramados de relaciones se dan en el ejercicio del poder no siempre regulado⁷⁹.

Dichas relaciones, son el resultado de la jerarquización y el hecho de considerar eruditos de la medicina o doctores indiscutiblemente formados en donde las prácticas de cuidado se transforman en una selva donde sobresale el que más sabe y el que domina los métodos y procedimientos⁸⁰.

Sin embargo, la importancia de crear un ambiente por excelencia, es a lo que le apunta el hospital universitario, concibiendo la docencia como herramienta en esas orientaciones basadas en la didáctica para la formación de competencias en los posgrados médicos, en términos de planeación de estrategias para la consecución de competencias genéricas, dentro de las más importantes el buen manejo de la comunicación para que genere un espacio de respeto, cooperación y receptividad, así como competencias específicas y su proceso evaluativo, de tal manera que las estrategias más usuales de los docentes clínicos cuenten con una intencionalidad en la formación del profesional médico.⁸¹

Esta sinergia, entre docente y hospital no solamente favorece la atención de los usuarios, también posibilita los procesos de formación médica, desde la estimulación del aprendizaje activo, el aprender a reflexionar y obtener de esta forma un pensamiento crítico y resolución de problemas en el ejercicio de la práctica clínica⁸².

Por otro lado, manifiesta los diferentes roles del docente, entre ellos un rol de estudiante como protagonista del proceso de formación, y coequipero en los procesos de atención al

⁷⁸ HARDEN, R., & CROSBY, J. (2000). The Good Teacher is More Than a Lecturer: The Twelve Roles of the Teacher. Europe: Association for Medical Education in Europe, 2000.p 22

⁷⁹ FOUCAULT, Michel. El sujeto y el poder. Por qué estudiar el poder: la cuestión del sujeto. Bogotá: Carpe Diem Ediciones, 1991. p. 54.

⁸⁰ Nelson HD, COONEY, TG, KROENKE, K, FRIEDMAN, RH. Contributions of general internal medicine teaching units. J Gen Intern Med 2000; 15: 277-83.

⁸¹ CASTILLA LUNA, M., & LÓPEZ DE MESA, C. (2007). Los roles del docente en la educación médica / The roles of the teacher in medical education. Educacion y Educadores, 105-113

⁸² WILLIAM G, C., KRITTEK, P., CLAY, A., LUKS, A., & THOMSON, C. (2016). Teaching at the bedside: Maximal impact in minimal time. Annals of the American Thoracic Society, 545 - 548

paciente en los diferentes servicios hospitalarios.

Así, en los diferentes discursos, describen cómo la práctica hospitalaria usa dinámicas seductoras y comportamientos reproducibles que pueden llegar al éxito, representando respeto y autoridad por la comunidad médica, en donde el docente juega un papel que trasciende desde la atención y la formación.

Adicional a esto, reflejan a las diferentes comunidades médicas, a la formación como una oportunidad de cualificar el talento humano en salud, ya que enseñar la praxis, puede ser relativamente fácil desde la experiencia, el estudiante particularmente está pensando en su proyecto de vida, el ambiente favorece tales propósitos, la misma universidad posibilita y da garantía de los requerimientos teóricos para la atención en salud, pero es de insistir que para el éxito de la misión de hacer ver al hospital no sólo como un centro asistencial, sino como un ámbito docente por excelencia, conlleva a que le docente organice y desarrolle currículos por competencias para la formación pedagógica de los estudiantes en su individualidad o especificidad por disciplina⁸³ o servicio en el que está expuesto desde la experiencia que el hospital ofrece.

Lo anterior se evidenció en la masa documental, allí se presentan diferentes motivaciones que se mueven en el ambiente hospitalario y la manera en la cual cada uno de los actores involucrados resiste⁸⁴ a esas lógicas de poder que emergen de la formación médica, o bien, de la elección personal al querer ser profesional de salud. Así mismo, el análisis muestra las distintas fuerzas involucradas y la diversidad del docente desde la práctica en sí misma, como en la reproducción de saberes sin formación pedagógica, o la preparación consciente desde la pedagogía para la formación de profesionales. Es sabido, que la enseñanza de la medicina involucra una consolidación al vincular la atención de los pacientes, con la enseñanza y el aprendizaje en situaciones y contextos reales.

⁸³ PARRA, P., PÉREZ, C., ORTIZ, L., & FASCE, E. (2010). El aprendizaje autodirigido en el contexto de la educación médica. *Rev Educ Cienc Salud*, p 146-151

⁸⁴ FOUCAULT, Michel. *El sujeto y el poder. Por qué estudiar el poder: la cuestión del sujeto*. Bogotá: Carpe Diem Ediciones, 1991. p. 56-57.

III. LA EDUCACIÓN COMO UN DEBER DEL JURAMENTO HIPOCRÁTICO.

La educación es una categoría semánticamente recurrente desde el análisis en términos de la perspectiva arqueológica-genealógica. Ahora bien, para el desarrollo del capítulo emergen enunciados asociados a la educación médica, la historia, el modelo de formación, entre otros. De igual manera, el capítulo se ocupa por describir y develar como la formación del personal médico trasciende del horizonte del trabajo hospitalario y como se relaciona con el sector educativo a través de aspectos curriculares y el equilibrio existente entre universidad - hospital en relación con las necesidades externas en una sociedad que demanda bienestar, atención y calidad.

3.1. Educación médica e historia

Hablar de la educación médica en términos de historia nos remonta directamente a la medicina occidental y a la tradición que genera el médico griego Hipócrates. Es de resaltar que la educación médica se empieza a vivir desde la adopción de la Roma imperial en el siglo II de la mano de Galeno. Hipócrates “estudiante” del considerado uno de los más completos investigadores médicos al cual le debemos los orígenes de la anatomía, la fisiología, la patología, la farmacología, y la neurología⁸⁵. Nos muestra que la educación hace parte del juramento hipocrático, que la formación y el juramento de Hipócrates se instruyó a partir de la oposición o la forma de resistencia⁸⁶ a las lógicas de la época.

Ahora bien, si miramos el pasado, claramente, la historia nos habla del levantamiento de templos en honor a los Dioses que tenían el don de curar, entre ellos el templo de Saturno, Asclepio.⁸⁷ Este último, considerado como el fundador de la medicina y quien involucra el ámbito racional y científico, el cual hace referencia a todo lo relacionado con la formación desde la enseñanza y el cambio de paradigma de pasar a una vinculación netamente desde la

⁸⁵ Life, death, and entertainment in the Roman Empire. David Stone Potter, D. J. Mattingly (1999). University of Michigan Press. p. 63.

⁸⁶ FOUCAULT, Michel. El sujeto y el poder. Por qué estudiar el poder: la cuestión del sujeto. Bogotá: Carpe Diem Ediciones, 1991 . p. 56-57.

⁸⁷ PLATNER, Samuel, Ball; ASHBY, Thomas (1929). A topographical dictionary of Ancient Rome. Londres: Oxford University Press. p. 608.

religión, a continuar con la verdadera humanidad desde los hallazgos en patología y el arte de formar. Si observamos la transformación de los hospitales, aspectos sociales influyen directamente sobre dicho cambio, por ejemplo, en la edad media temprana, los hospitales respondieron a la actitud humanitaria cristiana frente al enfermo; hacia el siglo XIII con relación al crecimiento de las ciudades; en el renacimiento la tendencia iba más enfocada a mejorar la calidad de la atención médica, ya que su connotación hablando en términos de limpieza e higiene no era muy buena.⁸⁸

Ahora bien, si analizamos hasta el momento lo que dice el discurso histórico, se infiere que para este tiempo, no son ajenos algunos de los conceptos, por ejemplo, las demandas de la sociedad actual, la crisis en la atención sanitaria, la posibilidad de generar la humanización en los servicios etc.

Del mismo modo, sobre el siglo XIX emerge un periodo de transformación en la historia de los hospitales; anteriormente se mencionó la influencia social en el crecimiento del hospital, sin embargo, para este tiempo, protagonistas como la anestesia, la asepsia y la antisepsia, abrieron la visión para iniciar y consolidar disciplinas como la cirugía⁸⁹, también, el hecho histórico de las enfermedades complejas y pacientes objetos de estudio y experimentación, posibilitaron los métodos diagnósticos y claramente la educación médica.

Es así, como se denota históricamente un cambio del hospital, pasando de un ente social que albergaba y alimentaba a los indigentes o esclavos enfermos, a convertirse en una institución en donde se extiende la educación médica desde la experimentación con el enfermo más pobre. Esta institución para ese tiempo se consideró como un lugar tenebroso y temido donde la gente iba a morir, pero de igual manera, muestran los discursos algunas experiencias exitosas donde algunos pacientes recuperaban su salud y este mismo lugar tenebroso, se convertía en un lugar en el cual podría llegar una nueva vida o modificar la misma, en manos humanas formadas, producto de la enseñanza de la medicina⁹⁰.

En este recorrido histórico, llegamos a la creación de los primeros hospitales en América, los hospitales se empiezan a crear con la conquista española resultado de la guerra. Uno de los

⁸⁸ SINGER HE. On the Sociology of Medicine. New York. MD Publications Inc, 1960 p 13

⁸⁹ SINGER HE. On the Sociology of Medicine. New York. MD Publications Inc, 1960 p 21

⁹⁰ SINGER HE. On the Sociology of Medicine. New York. MD Publications Inc, 1960 p 25

más antiguos según la masa documental fue el Hospital de Jesús en la ciudad de México en 1524.⁹¹ Sin embargo, al recabar en los documentos se muestra como Colombia protagoniza esta creación de los hospitales en América, al encontrar la fundación de un hospital formal en Santa María la Antigua del Darién, que es Colombia hacia los fines de 1509. Hospital que vino a desaparecer por el abandono a desastres naturales.

Seguido a eso, localmente en la ciudad real, Santafé de Bogotá, se crea el Hospital San Pedro y hacia 1630 se autoriza al Hospital San Juan de Dios abrir sus puertas.

Inicialmente llamado Hospital de Jesús, María y José⁹² para cumplir las funciones administrativas y formativas de este. Cabe mencionar que tiempo más tarde el Hospital de San Pedro se demolió y a causa de eso posibilitó económicamente la construcción del nuevo Hospital de San Juan de Dios⁹³.

Este último, fue el escenario principal de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional, un espacio donde la academia y la práctica hospitalaria eran protagonistas de la educación médica, así mismo, el desarrollo de habilidades a través de la inmersión en salas de cirugía, servicios de cardiología, obstetricia, etc., hicieron del Hospital San Juan de Dios un referente que contaba con numerosos equipos y escenarios dispuestos para la enseñanza y el aprendizaje de la medicina y claramente para favorecer la práctica clínica, a pesar, que actualmente, debido a diferentes conflictos y a diversas situaciones tanto políticas y económicas, después de más 450 años entró en inactividad, abandonado y con toda una historia desde la formación, la atención y el abordaje de la educación médica desde la academia.

El hospital, se señala, visto como escenario, es una institución única con dinámicas propias, no ajenas a lo que sucede en la estructura de la sociedad, en cada uno de sus ambientes en teoría se vislumbra la vocación de servicio, los procesos de atención centrados en el paciente, el interés por sanar, el profesionalismo, la calidez⁹⁴, etc. En esta institución, no solamente a lo largo de su historia se han inquietado por sanar, por el contrario, se ha ocupado en

⁹¹ CERVANTES J. El Hospital de Jesús de la Ciudad de México. Sesión Especial de la Academia Nacional de Medicina de Colombia de 14 de mayo de 1998

⁹² MUÑOZ JJ. El Primer Hospital de América y Otros Trabajos. Imprenta Patriótica del Instituto Caro y Cuervo. Santafé de Bogotá, 1995

⁹³ DE FRANCISCO ZEA, A. El Hospital de San Juan de Dios de Bogotá. Actual Enferm 1998; 1 (No. 3, sept): 31-36.

⁹⁴ ESLAVA, JC. Hospital Universitario y crisis de hospitalaria en Colombia. Gerencia y Políticas de Salud 2002; No. 2.41- 48.

comprender la práctica hospitalaria y como esta se ha transformado en cada momento de crisis.

Al encontrar varios momentos en la historia, con enfoques diversos y cambiantes, pero que claramente han configurado lo que hoy llamamos hospital. Lo anterior, permite acercarnos y mostrar como la mirada médica trasciende no solamente desde el desarrollo de la medicina, si no desde los métodos a la luz de la verdad y la racionalidad⁹⁵.

3.2. El modelo imperante sigue siendo el de hace un siglo

El modelo imperante, es un sistema histórico que surgió en determinadas condiciones políticas, sociales y económicas, que responde a expectativas específicas de intereses particulares.⁹⁶ Algunos documentos mencionan un cambio de época y por ende se podría afirmar que el mundo debe cambiar su insostenible modelo de desarrollo de cara a un contexto adverso en lo global, regional y nacional.⁹⁷

Lo mencionado anteriormente no es ajeno a la medicina, ni mucho menos a la emergencia del hospital universitario, ya que en pleno siglo XXI se podría afirmar que la educación médica es el resumen de las conclusiones de Abraham Flexner del siglo pasado.

A fines del siglo XIX, la opinión de los estadounidenses sobre los efectos en la salud era nefasta. Dicho esto, los resultados de salud en términos de salud y enfermedad no son comparables en todos los países. Cada hospital tiene una orientación diferente, y la formación de los profesionales de salud depende de las especificidades de cada país y de los grupos encargados de difundir el conocimiento médico. Esto llevó a la aceptación y análisis de tres filántropos que se conocieron en la Fundación Carnegie: Pritchett, Carnegie y Rockefeller⁹⁸.

En ese momento de la historia particularmente se estaba buscando a alguien que pudiera estudiar el fenómeno de la educación médica y encontrar una alternativa, y así surgió

⁹⁵ [Consultada 03/11/2021] Disponible en: <http://perrerac.org/francia/michael-foucault-el-nacimiento-de-la-clinica-una-arqueologia-de-la-mirada-medica-1963/2867/>

⁹⁶ CEPAL. 2016. Horizontes 2030. La igualdad en el centro del desarrollo sostenible. México: Naciones Unidas-CEPAL. URL: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40159/4/S1600653_es.pdf

⁹⁷ BÁRCENA, Alicia. CEPAL. (15/07/2016). Mantener el modelo de desarrollo imperante ya no es más una opción viable para el mundo. Comunicado de prensa. URL: <https://www.cepal.org/es/comunicados/alicia-barcelona-mantener-modelo-desarrollo-imperante-ya-es-mas-opcion-viable-mundo>

⁹⁸ VICEDO, T. Abraham Flexner: pionero de la educación médica. Rev. cubana Educ Med super. 2002; 16:156-63.

Abraham Flexner, un profesional y educador profesional en ese momento. Su experiencia comenzó en Boston, obtuvo su título y fue a Heidelberg, Alemania, donde estudió durante aproximadamente un año, entre sus trabajos está “Una revisión de la educación superior estadounidense”, con base en lo anterior y en la construcción de la recurrencia⁹⁹ varios documentos hablan del informe de Flexner, que incluye una serie de recomendaciones que surgieron tras meses de trabajo de campo y análisis de lo que luego se utilizó para formar a los médicos.

Lo anterior fue la clave para que las principales recomendaciones estuvieran asociadas a un plan de estudios de 4 años; un programa de ciencias de 2 años; enseñanza clínica de 2 años en hospitales y entornos médicos; vincular la escuela de medicina con la universidad; aplicar las matemáticas y las ciencias naturales; integrar las ciencias básicas y clínicas; fomentar el aprendizaje activo que limita hábitos de estudio, desarrollando habilidades de pensamiento crítico y resolución de problemas, y enfatizando que el aprendizaje es un deber de por vida.¹⁰⁰

Con base en lo anterior, seguramente durante estos más de 100 años, como legado del informe, el hospital se ha conservado como centro de formación de profesionales médicos, integrando los valores de esta formación y la ética profesional. En Colombia, varias misiones a los Estados Unidos fueron el resultado del Plan Marshall: hacia 1948, la misión Hampres propuso el modelo Flexner y propuso su implementación en el Hospital Universitario de Del Ball a través de la Fundación Rockefeller. Luego, en 1953, se formó la Asociación de Facultades de Medicina de Colombia (ASCOFAME) con la compañía de Maxwell Lapham, Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Tulane. Luego habrá 10-12 cursos de posgrado en el Hospital Universitario La Samaritana, el Hospital San Juan de Dios en Bogotá y el Hospital San Vicente de Paúl en Medellín.¹⁰¹

Ahora bien, en 1988, en el marco de la Conferencia Mundial sobre educación médica en Escocia, se firmó la Declaración de Edimburgo, en la que, con base en la experiencia del modelo Flexner, se formularon recomendaciones en el contexto de la educación en salud a nivel mundial como complemento a las ya existentes. Modelo que hoy, sigue siendo muy

⁹⁹FOUCAULT, Michel. Nietzsche, la Genealogía, la Historia. Valencia: Edición Pretextos, 1988. p. 30.

¹⁰⁰ FLEXNER A, UPDIKE, DB, Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. Medical education in the United States and Canada: A report to the Carnegie foundation for the advancement of teaching. New York City: [publicador no identificado]; 1910.

¹⁰¹ QUEVEDO, E, QUEVEDO, MC. 100 años de salud pública en Colombia. Revista Compensar. 2000:10.

similar en muchos países. Sin embargo, con el cambio del tercer milenio en los Estados Unidos, surgieron una serie de críticas en torno al concepto de hospitales universitarios.¹⁰²

Para el nuevo milenio, en 2001, el Instituto de Medicina decidió fusionar unidades y hospitales universitarios de diferentes escuelas para analizar temas relacionados con la educación, la investigación y la atención al paciente¹⁰³. Históricamente, han tenido lugar tres eventos que permitieron establecer el Centro Americano para el Aprendizaje Médico. Los cuales se enmarcan en Estados Unidos con la reforma Flexner durante la Segunda Guerra Mundial, el fortalecimiento de los laboratorios de investigación para apoyar las tecnologías de guerra y el surgimiento de la seguridad social, donde las funciones del personal sanitario tenían un enfoque asistencial, abordando así, todas las enfermedades necesarias para la educación y formación de sí mismos con el acompañamiento docente permanente.

Resultado de lo anterior, surge la propuesta de establecer centros de educación médica con nuevas estructuras y acciones encaminadas a innovar e implementar técnicas de investigación, acorde a los lineamientos de las universidades y los centros de salud, de tal manera que mejore la atención médica y la formación de los profesionales. Sin embargo, la transformación del concepto de hospital universitario a partir de la fuerza política surgió en medio de múltiples problemas, corrupción y administración y gestión de las instituciones no tan ágil.

Actualmente, el dilema es definir la línea entre la preferencia por el paciente y el que quiere enseñar medicina del paciente en la práctica hospitalaria¹⁰⁴. Esta línea divisoria eventualmente se desplaza hacia los dos lados, lo que determina la efectividad de la educación médica¹⁰⁵. Para abordar el tema en términos de modelo, algunos países cuestionan los factores bioéticos; Colombia cuenta con dos modelos principales de hospitales clínicos, un primer modelo asociado a las universidades, la columna vertebral de las facultades de medicina, hospitales, colegios y universidades. Este quiere enseñar las artes del cuidado de

¹⁰² NIETO, JA. Conferencia inaugural «Rafael Casas Morales»: Evolución de la educación médica en Colombia. Rev Colomb Cir. 2005;20:179–91.

¹⁰³ KOHN, LT. Academic health centers leading change in the 21st century. Washington, DC: National Academies Press; 2001.

¹⁰⁴ MECHANIC R, COLEMAN K, DOBSON A. Teaching hospital costs: Implications for academic missions in a competitive market. JAMA. 1998; 280:1015–9.

¹⁰⁵ FRENK J, CHEN L, BHUTTA, ZA, COHEN, J, CRISP, N, EVANS, T, et al. Profesionales de la salud para el nuevo siglo: transformando la educación para fortalecer los sistemas de salud en un mundo interdependiente. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2011; 28:337–41.

la salud y la curación, quiere desarrollar un programa hospitalario que combine la enseñanza, la enfermería y la investigación. En general, quiere convertirse en un modelo educativo donde la universidad cuente con un papel protagónico.

Por otro lado, está el modelo de los proveedores de atención médica reconocidos, que compensan la mayor experiencia de atención al paciente y el uso de la tecnología complementario a la formación de los estudiantes, este modelo no lo fundó ninguna universidad. Está afiliado a varias instituciones de enseñanza y ofrece alojamiento en sus pasillos para aquellos que deseen estudiar en una variedad de campos, con ingresos no operativos generados por el cobro de estos contratos.

Para lograr comprender qué significan estas diferencias, es necesario ver ciertos puntos de vista que ayudaron a develar mejor la cuestión. Se señala como el modelo de vinculación vertical universidad-hospital-universidad no fue del todo exitoso cuando se aprobó la Ley 100 en Colombia, ya que afectó una de las actividades más importantes de Hipócrates, la de la enseñanza del saber médico. De igual forma, los defensores de la salud no quieren involucrarse en la formación de profesionales hasta el final de la formación, cuando ya son la fuerza de trabajo de su sistema integrado verticalmente. Es por eso por lo que varias organizaciones de promoción de la salud han establecido estratégicamente sus propias universidades.

El modelo de seguridad del paciente de los hospitales acreditados excluye completamente a los estudiantes, porque su presencia se rige por la presencia de especialistas y asistencia durante los procedimientos. Sin embargo, este modelo, por complejo que sea, no es el más dañino ni el peor modelo que se ha hecho. Contrariamente a lo que pensamos, el contacto con el paciente se limitó a los momentos finales de la especialidad en la cual se está formando el profesional, y el inicio de la formación clínica se desplazó hacia la simulación y una pequeña relación médico-paciente¹⁰⁶.

Ahora bien, tenemos un ambiente hostil donde dominan las compañías de seguros, con agencias de salud que se aferran al seguro médico y negocian tarifas año tras año para

¹⁰⁶Universidad de la Sabana. Plan de estudios Facultad de Medicina 2015 [Documento en Internet]. Bogotá: Universidad de la Sabana [citado 20 Oct 2015]. Disponible en: <http://www.unisabana.edu.co/especializaciones-medico/especializacion-en-medicina-fisica-y-rehabilitacion/plan-de-estudios/>

sobrevivir y recuperar la salud. Esto significa que una relación simbiótica surge cuando algunas personas se necesitan mutuamente, pero a veces se ven como enemigos y compiten en función del manejo del gasto y las tasas de interés y la oferta y la demanda. El cuidado de la salud no es solo una actividad médica, va más allá de la accesibilidad de los servicios, el posicionamiento en el sistema, las actividades administrativas y el uso adecuado de los recursos. Por ello, la calidad de la salud se vuelve más compleja cuando se ve obligada a integrar elementos a lo largo de la cadena de valor.

Así las cosas: “En busca del Hipócrates moderno” consiste en adaptar la práctica sanitaria a los modelos de gestión sanitaria experimentados en Estados Unidos en los últimos años;¹⁰⁷ sin embargo, la historia de la medicina no puede invisibilizarse, poniéndonos de frente a los cambios que se han producido en los últimos años. Si bien los cambios en la regulación de la salud afectan inevitablemente al modelo Flexner, las realidades económicas globales, como el aumento de los costos de atención médica, la evolución de la tecnología¹⁰⁸ y las limitaciones del sistema de atención médica saludable, siguen siendo inevitables.

Finalmente, sería absurdo atribuir la crisis de la educación médica a la ley 100, que se refiere al seguro de salud, no a la educación. Se hace necesario analizar y comprender varias fuerzas para su impacto bioético, es decir, reflejar los objetivos del Hospital Universitario para tendencias particulares y sus implicaciones para la atención y modelo de formulación.

3.3.La formación en el seno del hospital se configura como un equilibrio

En el hospital se crea conocimiento, según los discursos se forma en los más altos valores humanos, también se dice que el hospital es la columna vertebral de cualquier sistema o servicio de salud, que es un producto social y una utilidad pública. En términos de valor social, el hospital universitario es la cumbre del sistema de salud. De igual manera, es doloroso, verdaderamente inaceptable e incomprensible observar cómo se creó o se implementó. Sin embargo, a continuación, se devela esa configuración como un equilibrio.

Tradicional y profesionalmente, los hospitales universitarios se encargan de la atención de las personas de menores recursos económicos, por un lado, deben rendir más por su condición

¹⁰⁷ BULGER, RJ. Technology, bureaucracy and healing in America a postmodern paradigm. Iowa City: University of Iowa Press; 1988.

¹⁰⁸ HEINONEN, T. Management of innovation in academia: Going beyond traditional technology Transfer. JOTMI. 2015;10:198–210.

de centros de docencia, apoyo e investigación, y por otro, sus resultados son comparables al ser una institución que está en constantemente cambio en el capital intelectual y por el promover los valores médicos y éticos trabajando con desinterés y entrega.

Ahora, el hospital es un lugar de excelencia, que cuenta con personal bien capacitado y motivado es su sello y esencia y que como "empresa" de carácter social, no puede compararse, y mucho menos equipararse, a una empresa comercial e industrial¹⁰⁹.

De igual forma, la prevalencia del neoliberalismo, y en la feroz competencia introducida por la ley 100, la transformación de la salud en un bien de mercado y la transformación del sistema de seguridad social en salud tiende a convertir al hospital en una empresa que requiere una sólida estructura administrativa y de gestión. Pero esto, nunca debe oscurecer su misión social, ni olvidar su compromiso con la misión humanitaria, su identidad como servicio público, su enfoque en mantener los más altos estándares científicos y tecnológicos, y la responsabilidad de proteger y alentar a quienes lo hacen.¹¹⁰

El Hospital Universitario se define como una institución académica que opera dentro de un riguroso contexto ético, dedicada al estudio y comprensión de las causas, prevención y tratamiento de la enfermedad, es un ente de excelencia que crea y difunde conocimiento médico en beneficio de la comunidad, en un hospital universitario, la ciencia y la medicina son inseparables.

Por lo anterior, en los hospitales universitarios se siguen más los principios de la medicina como profesión y ciencia, donde el público puede encontrar la excelencia en la atención médica. Esta es la creación del Hospital Universitario, que hoy ocupa la posición de liderazgo en la pirámide de atención hospitalaria del sistema de salud¹¹¹.

Hasta el momento, las prácticas del hospital han representado acontecimientos a partir de las diferentes funciones que los profesionales médicos realizan para contribuir a la construcción y el equilibrio de la configuración del hospital. Las funciones de cada uno de los actores son

¹⁰⁹ Fundación Santa Fe. Centro de Innovación. Así vamos en salud. [Internet]. Bogotá: Fundación Santa Fe Disponible en http://www.who.int/nmh/countries/col_en.pdf?ua=1

¹¹⁰ CARREÑO, J. Bioética y universidad: el hospital universitario, ¿público o privado? Rev. Cienc. Salud. 2007; 5:91-101

¹¹¹ ARTEAGA, JM. El Hospital Universitario de la Universidad Nacional: Realidad en construcción. Rev Fac Med Univ Nac Colomb. 2005; 53:209-11.

variadas, pues van desde una atención de urgencia, hasta el manejo de una cronicidad. Un ejemplo claro es la constitución del Hospital Universitario Nacional, este, que desde su inicio habla de la excelencia y la compasión como razón por la que existe el Hospital Universitario Nacional de Colombia.

Ahora, según el director científico, la excelencia se adoptaría en la definición contenida en el Diccionario del Real Instituto de la Lengua Española: "La calidad de la excelencia o la bondad de hacer algo digno de reconocimiento y especial respeto", se logrará partiendo del Concepto establecido y aplicado: "compasión y compasión por los que sufren o son infelices".¹¹²

Desde otro ángulo, según el director científico "Se necesita inteligencia para entender a las personas y conocimiento para entender la enfermedad. Trabajaremos en un ambiente feliz que respete la dignidad y la condición humana". Destaca que este puede ser un modelo de referencia para una potencial reforma de la Ley 100, una fuente para el desarrollo de redes hospitalarias locales y nacionales, además de colaborar con la misión de la Universidad: "Educación, Investigación, Docencia y Servicio"¹¹³.

Con relación a lo anterior, y si se analizan estos cuatro términos: educación, investigación, docencia y servicio, se puede inferir que estos se relacionan de manera estrecha con las tendencias en educación. Sin embargo, las tendencias emergentes en la educación médica nos dan una idea del panorama educativo en el que los aspectos relacionados con los estándares de calidad de la enseñanza, los nuevos enfoques educativos o los avances en la evaluación del conocimiento se han configurado a través de la historia.

En este sentido, se demuestra que participar en una variedad de actividades o predecir la mejora en las actividades de la práctica clínica no es lo mismo que lograr una competencia clínica específica, es especialmente importante identificar las habilidades clínicas que deben adquirir los estudiantes, habilidades que deben servir de guía a estudiantes y docentes. En pocas palabras, se trata de combinar conocimientos con habilidades y actitudes para

¹¹² PERIODICO UNAL (2008) Habemus Hospital Universitario, RECUPERADO DE : <http://historico.unperiodico.unal.edu.co/ediciones/111/18.html>

¹¹³ PERIODICO UNAL (2008) Habemus Hospital Universitario, RECUPERADO DE : <http://historico.unperiodico.unal.edu.co/ediciones/111/18.html>

convertirse en un profesional que profesé la investigación, la docencia, la educación y el servicio¹¹⁴.

Es así, que las huellas y marcas que el hospital ha dejado sobre la configuración del equilibrio se instauraron en el cuerpo y en la mente del personal médico, pues, al decir de Foucault, el cuerpo como lo más material que tenemos¹¹⁵ da cuenta desde la repetición de los saberes y las prácticas hegemónicas jerarquizadas y poco cambiantes del hospital, entre ellas, todo lo relacionado con el estrés y las desigualdades según las especialidades médicas, que igualmente atañen y se ven reflejas en el personal médico a través de su cuerpo.

Esta configuración es creada por fuerzas en las que la enseñanza juega un papel esencial. Podría argumentarse que convertirse en un profesional médico a través de una formación limitada es parte de este equilibrio, y en la red de relaciones que existe en este evento conocido como Hospital Universitario, se reporta que los estereotipos cambian y los profesionales más avezados son capacitados para ejercer poder y autoridad sobre los demás, pero también hay espacio para roles secundarios como el de auxiliar de enfermería.

Finalmente, si hablamos desde la institución como tal, está claro que las instalaciones de práctica clínica son cada vez mejores y más ricas, pero esto no ha ido acompañado de una mejora marcada en la adquisición de habilidades clínicas por parte de los estudiantes. Los hospitales universitarios necesitan cambios estructurales y funcionales que conducirán a una mayor y mejor participación de las instituciones médicas en la educación médica.

En conclusión, la propia organización debe cambiar para establecer su propia gestión del aprendizaje. Quizás, un factor importante para mejorar la estructura de la docencia hospitalaria es la connotación de doctores en la docencia médica. Sólo potenciando las competencias docentes de los médicos, reconociendo y fomentando el trabajo, y formando a los médicos “Profesores” podremos convertir el hospital en una institución que insensiblemente asume que en misión es enseñar medicina de manera equilibrada.

¹¹⁴ BARÓN-MALDONADO, M. La enseñanza de la medicina. In Villanueva JL, Millán J, Barón M, eds. Estándares para la enseñanza de la medicina. Madrid: Fundación Lilly; 2006. p. 1-11.

¹¹⁵ FOUCAULT, Michel. Nietzsche, la Genealogía, la Historia. Valencia: Edición Pretextos, 1988. p. 30.

3.4. La educación del personal médico trasciende el horizonte del trabajo hospitalario.

Pensar en la educación del personal médico es un enunciado que aparece recurrentemente en varios documentos, sin embargo, es de aclarar, que el acto médico por excelencia es más que el hecho de curar, por el contrario, se relaciona con esa misión humanitaria que en algunos hospitales se vive con la docencia.¹¹⁶ No es fácil pensar en un hospital universitario en el contexto social actual, y mucho menos cuando solo su imaginación puede encubrirlos a instituciones complejas asociado a esa “redefinición” de sus funciones, principios, estructura y programa de gestión.

Ahora bien, a lo largo del desarrollo de la investigación, se ha nombrado varios momentos históricos, entre ellos, la transición de convertirse en un lugar de paso, un santuario enfocado hacia los pobres a ser una poderosa organización tecnológica, con desarrollos terapéuticos y una institución que enseña, productora de conocimiento e innovadora de la práctica profesional. Es así, que los hospitales y las universidades hacen su transformación desde su fuerza motriz al conectar con planes organizacionales para vincular estas dos instituciones al modelo de educación médica actual resaltando el trabajo intrahospitalario.¹¹⁷

Este trabajo intrahospitalario trasciende del hecho de la atención médica, más bien, el impacto de estos cambios es gigante, ya que al cambiar la imagen de la organización y las actitudes de las personas permite que la vida hospitalaria y los hospitales trascienda a ser elegidos lugares ideales para la formación académica¹¹⁸.

Por supuesto, el desarrollo de la tecnología requerida está en sinergia con un profesional médico un poco diferente, pero competente en trabajar al ritmo de la sociedad industrial. Pero también, de brindar un enfoque específico como equipo técnico y apoyar el trabajo de médicos en consonancia con las interacciones sociales en el que las relaciones entre varios expertos produzcan saber.

Sin duda, esta lógica del hospital ha normalizado en la cotidianidad lo que vivieron, viven y

¹¹⁶ VIDAL, C.; QUIÑÓNEZ, J., 1986. Integración docente asistencial, en: Educación Médica y Salud 20(1): p 1-18.

¹¹⁷ Universidad Nacional. Red Salud, 2001. Taller Hospital Universitario: Relatorías, noviembre, material inédito.

¹¹⁸ ESLAVA, J.C., 1999. “Reflexiones sobre la planeación estratégica en la Facultad de Medicina y algunos lineamientos para el futuro, en: Revista de la Facultad de Medicina UN Col 47(2): 107-110

conviven los actores de los hospitales. La presencia de la educación, inmersa desde siempre, señala figuras de autoridad en día a día. Muchos discursos sugieren que tener un comportamiento sensible a la enseñanza con actitud proactiva frente al aprendizaje es una forma de protegerse a lo agresivo que puede llegar a equilibrar lo asistencial con lo académico.

Un ejemplo claro de lo anterior es el Hospital Universitario San Rafael, quien desde sus orígenes brinda atención médica con un alto nivel de ciencias y humanidades. Podríamos interrogarnos frente a ¿Cómo el hospital debe trascender del trabajo hospitalario? y como este llega a ser universitario previlejando la educación.

La respuesta es una construcción de momentos, este establecimiento brinda servicios ambulatorios y de hospitalización en todas las especialidades de medicina interna y cirugía para pacientes pediátricos y adultos, enfocándose en la atención de pacientes muy complejos, que requieren un alto nivel de ciencia y tecnología con base a las necesidades y el avance de la medicina.¹¹⁹

De igual manera, servicios hospitalarios como cuidados intensivos después de la cirugía, cirugía coronaria, cardiovascular, general y laparoscópica, ortopedia y traumatología, cirugía de la mano, neurocirugía, cirugía estereoscópica, cirugía plástica y cirugía plástica, otorrinolaringología, oftalmología, cirugía torácica, cirugía de cabeza y cuello, urología, trasplante y cirugía pediátrica, obstetricia y ginecología. Son algunos de los servicios que en teoría debe tener un hospital de IV nivel, sin contar las subespecialidades como gastroenterología, neurología, nefrología, vascular, reumatología, endocrinología, dermatología, enfermedades infecciosas, departamento de atención del SIDA/VIH, cardiología, electrofisiología y hemodinámica.¹²⁰

Si analizamos desde la forma, se evidencia claramente que el acto asistencial o servicio hospitalario es numeroso y con gran complejidad, inclusive, podríamos pensar que se privilegia respecto a la educación médica, ya que anteriormente se habló de las especialidades médicas, sin contar, por ejemplo, los servicios de diagnóstico por imágenes y tomografías

¹¹⁹ El tiempo (2004) El Hospital Universitario Clínica San Rafael es una Institución de IV nivel de complejidad, que brinda atención en salud, con un alto nivel científico y humano. Recuperado de: <https://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-1542280>.

¹²⁰ EL TIEMPO (2004) con gran regocijo el hospital universitario Clínica San Rafael celebra las bodas de diamante. son 75 años de historia que nos ilustran sobre los grandes esfuerzos realizados por varias generaciones de hermanos de la orden hospitalaria. recuperado de: <https://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-1541980>

axiales computarizadas, etc. Dicho esto, los hospitales como la Clínica San Rafael reconocen la importancia de estar a la vanguardia del progreso científico y tecnológico, colocando su trabajo en los atributos de calidad y humanidad, combinando la tecnología con el cuidado humano.

Es allí donde se garantiza la educación médica, a partir de la cualificación del personal médico en consonancia con las especialidades anteriormente descritas, de tal manera que se garantice un alto nivel de ciencia, pero al mismo tiempo se fomente la vivencia de los derechos humanos a toda la comunidad.

Estos derechos, vienen desde la humanización del servicio como en la representación de un sistema que está respaldada por un campo de observación o experimento. La educación y la salud son de naturaleza social y humana, y su eficacia, utilidad y aplicabilidad dependen en gran medida de los procesos mediante los cuales se construyen y se les da un sentido, el cual, sin un personal médico formado sería simplemente una institución vacía.¹²¹

Se señala como privilegiar la educación del personal médico, se convierte en el sentido del hospital universitario y su emergencia¹²², ya que la educación brinda una institución sólida cuya gestión utiliza todos los elementos de la gestión moderna en el proceso de lograr el equilibrio económico y financiero, lo que permite brindar servicios de alta calidad, con un índice de satisfacción de los usuarios o pacientes. Quienes son de entrada los protagonistas, porque sin enfermo no hay médico¹²³ y en esa sinergia no es valioso contar con la institución más sofisticada o todos los servicios habilitados si no se cuenta con profesionales médicos que puedan gestionar y enriquecer la atención en los servicios resultado de su enseñanza.

Es así, que el servicio en cualquier especialidad médica y quirúrgica determinan de manera muy importante la eficacia de los futuros profesionales a través de su comportamiento, actitudes y valores en la práctica clínica.¹²⁴ A partir del componente teórico, experiencia y orientación filosófica, lo cual permite construir la base conceptual que les permitirá funcionar

¹²¹ LEWKONIA, R. The functional relationships of medical schools and health services. *Medical education*. 2002; 36: 289-295

¹²² MCKEE, M, Jealy J (Ed.). *Hospitals in a changing Europe*. European Observatory on Health Care Systems Series. WHO. Buckingham · Philadelphia: Open University Pres. 2002

¹²³ FOUCAULT, Michel (2007). *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. Madrid: Siglo XXI.

¹²⁴ LUDMERER, KM, JOHNS, MM. Reforming graduate medical education. *JAMA* 2005; 294: 1083-87.

en sus carreras.

Del mismo, la Asociación Colombiana de Medicina Interna (ACMI) lleva muchos años estudiando el perfil del médico y el rol que debe desempeñar en el programa de salud de nuestro país, reconociéndolo como un especialista maduro con una visión integral, humanista y de alto nivel de ciencia y tecnología¹²⁵ lo que no es ajeno a la misión del hospital. Se trata de un proceso social en el que la ubicación del sujeto¹²⁶, es decir el personal médico, juega un papel protagónico en el análisis de los riesgos que enfrentan en un hospital, para su tratamiento, configuración y mantenimiento. Por eso, en algunos discursos, los médicos indagan y exigen que se les garantice una vida laboral digna, mostrando en cada rincón la popularidad del hospital universitario en Colombia.

Dentro de esos discursos se encuentra el de Carlos, médico interno de 23 años¹²⁷, quien habla de la importancia y el protagonismo de la educación médica en términos de lo siguiente: Inicialmente, manifiesta la inseguridad desde el inicio de sus prácticas y cierta incoherencia y falta de continuidad en algunos procesos, que netamente se enfocan en la comunicación entre Universidad y Hospital.

Así mismo hace énfasis, de una experiencia poco agradable ya que casi siempre debía estar bajo la supervisión de médicos que no son profesores, que no tienen nada que ver con la universidad, textualmente “muchas veces nos hacen sentir como si nos estuvieran haciendo un favor”¹²⁸. Sin embargo, menciona que a causa de dicha situación su formación académica surgió.

Es sabido que la lectura de nuestro país generalmente se asocia a conflicto y esto no es ajeno a la sociedad que se desarrolla en el hospital, donde prevalecen las diferencias sociales, económicas y políticas, en términos del ejercicio del poder, allí se expresa la fuerte tensión entre la diversidad y la supervivencia. La permanencia del modelo tradicional ha sido notoria durante siglos, convirtiéndolo en un lugar habitable para el desarrollo de las competencias del personal médico que busca con su proyecto de vida marcar la diferencia y salvaguardar

¹²⁵ Asociación Colombiana de Medicina Interna. Taller de Focalización: Perfil profesional del médico internista. Hotel Casa Dann Carlton, Bogotá, Noviembre 22 de 2001

¹²⁶ FOUCAULT, Michel. La arqueología del saber. México D.F.: Siglo XXI editores, 2010. p. 125 – 126.

¹²⁷ El tiempo, disponible: <https://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-2741986>

¹²⁸ El tiempo, disponible: <https://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-2741986>

la docencia, la enseñanza y arte de sanar.

3.5. ¿Currículos modificados por las necesidades externas?

En Colombia, la plataforma SNIES (Sistema Nacional de Información para la Educación Superior) del Departamento de Educación proporciona datos sobre aproximadamente 60 facultades de medicina; de este grupo, sólo 14 cuentan con hospital universitario propio, y los 46 restantes cuentan con diversas formas de contratación para la prestación de servicios docentes.¹²⁹ Si observamos la proporción en cuanto a hospitales propios a nivel nacional solo 14 de ellos cuentan con un escenario propio para desarrollar la práctica de sus profesionales en formación y los demás no..

Inicialmente, se debe contar que de forma tradicional los hospitales universitarios nacen de las necesidades de aprendizaje de una institución educativa, ya que cuentan con escenarios propios para asegurar la creación de escuelas y la impartición de programas educativos de calidad en cada institución educativa. Si bien los hospitales deben brindar resultados de alta calidad a los pacientes de manera rentable, los departamentos sueñan con separar la medicina de la realidad de los pacientes, los derechos de los pacientes y el costo de la atención.¹³⁰

Así mismo, dicha relación entre hospital y universidad a partir de la masa documental se puede ver a partir de la experiencia de la Universidad Johns Hopkins y la Universidad Estatal de Pensilvania en los Estados Unidos, facultades de medicina centenarias que han experimentado una crisis en los hospitales universitarios. Sin embargo, la experiencia histórica de estas universidades muestra una serie de decisiones gubernamentales y el desarrollo de un modelo coherente de la relación sinérgica entre la facultad de medicina y el hospital universitario¹³¹.

Resultado de esto, emerge la alianza estratégica denominada más tarde "Pennsylvania

¹²⁹ Ministerio de Educación. Sistema nacional de información de la educación superior (SNIES). Consulte Instituciones y Programas del país. http://www.who.int/cardiovascular_diseases/about_cvd/es/

¹³⁰ KASTOR, JA. Governance of teaching hospitals turmoil at Penn and Hopkins. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 2004. p. 368.

¹³¹ KASTOR, JA. Governance of teaching hospitals turmoil at Penn and Hopkins. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 2004. p. 366.

Medicine" por su capacidad para integrar la administración, ayuda y enseñanza en una investigación coherente. Ahora bien, estos casos de la historia de la educación médica en los Estados Unidos muestran cómo mudarse a un centro médico académico reduce la pérdida financiera, ahorra estructura administrativa y facilita el logro de objetivos comunes.¹³²

Dado lo anterior, la relación entre currículo y necesidades externas tendría que ser colaborativa; nunca debe haber un conflicto de intereses que cause estrés indebido al establecer un nuevo servicio o programa de estudio. Todo debe ser por el bien común, basado en la sinergia, la interacción real, motor del desarrollo hospitalario y aseguramiento de la reputación del hospital.¹³³

Esta reputación se logra desde la formación de profesionales médicos y que dicha formación no cree escenarios separados, es decir, profesores teóricos u hospitales que no estén separados de los modelos actuales de enseñanza de la educación médica. Si eso sucede, se podría afirmar que en el peor de los casos no podemos tener profesores de tiza y cartón, profesores de publicaciones, o profesores de operaciones experienciales.

Por ello, el modelo de formación debe ser horizontal, priorizando competencias específicas y compartiendo la cadena de valor de la formación médica, dicho modelo de centro médico académico podría entonces superar conceptos erróneos, barreras y facilitar las sinergias necesarias en la formación en salud.¹³⁴

Hablar de sinergia, como resultado, es directamente mencionar que el hospital y la universidad tienen prioridad en la negociación de artículos de suministro, proveedores, etc. De esta forma, el modelo es autosustentable y no deja a los hospitales universitarios en los mismos términos que a los hospitales que no consideran la formación académica. Se suele pensar que la calidad es un rasgo en los hospitales de formación hoy en día, pero dicha calidad, es el resultado de varios años para lograrlo y el proceso de certificación lo

¹³² RODÉS, J. La experiencia del Hospital Clínic de Barcelona: integración Facultad de Medicina-IDIBAPS-Hospital Universitario. *Educ Méd.* 2007;10:8-14.

¹³³ MILLÁN, J, García-Seoane J, Calvo-Manuel E, Díez-Lobato R, Calvo-Manuel F, Nogales-Espert A. Relaciones de la facultad de medicina con el hospital universitario: La enseñanza de la medicina clínica. *Educ Méd.* 2008; 11:3-6.

¹³⁴ ARGENTE, J. Hospitales universitarios en España: ¿se entiende su concepto y función? *An Pediatr.* 2012; 76:313-6.

demuestra.¹³⁵

Anteriormente, la mayoría de los hospitales universitarios de nuestro país eran hospitales públicos, apoyados en el antiguo sistema de salud, que provenía de las universidades y se mezclaba con médicos nacionales. Esto lleva a que no exista una conexión clara entre la Facultad y el hospital porque aún se confunden, en última instancia, los médicos no se gestionan adecuadamente, provocando consecuencias para la docencia, la enfermería, la fisioterapia y cualquier ciencia que se desarrolle e involucre en el contexto universitario y hospitalario.¹³⁶

En términos generales, es lo que podríamos denominar necesidades, si bien se pensaba que la enseñanza y los médicos eran mejores antes de que se aprobara la Ley 100, no se encontraron discursos que nos puedan decir cómo eran los registros de eventos adversos, cómo son los datos de seguridad del paciente y las tasas de complicaciones asociadas, por ejemplo, a cuántas personas fueron atendidas por el comité de ética en investigación y qué porcentaje de artículos fueron indexados en bases de datos internacionales como resultado de la capacitación hospitalaria, así como el costo de participación en educación salud versus presupuesto hospitalario versus capacitación universitaria.¹³⁷

En otras palabras, cómo demostrar que el pasado del llamado hospital universitario ha sido realmente exitoso en calidad en lo que concierne al currículo o a la necesidad externa de la época. Sería una utopía, sin embargo, algunos documentos muestran que en países norteamericanos o europeos, ya se hablaba de garantía de calidad, tecnología avanzada y científica, a pesar de que en nuestra comunidad para ese tiempo se iba consolidado dicho concepto, porque en nuestro país, hospital universitario significa menos recursos, menor calidad, falta de tecnología, riesgos para el paciente, seguridad, etc.¹³⁸

Finalmente, es necesario indagar sobre las especificidades del tema asociado al currículo, y de qué manera atañen a las necesidades de los hospitales para crear y saber cómo se nutre el

¹³⁵ ICONTEC. IPS acreditadas. [Internet]. Bogotá: ICONTEC [consultado Ene 2016]. Disponible en: <http://www.acreditacionensalud.org.co/novedades.php?IdSub=108&IdCat=25&titulo=IPS%20ACREDITADAS>

¹³⁶ SOLER-DURALL, C. Reflexiones sobre el hospital: su función en la formación de médicos. *Educ Méd.* 2010;13:71–5.

¹³⁷ SOLER-DURALL, C. Reflexiones sobre el hospital: su función en la formación de médicos. *Educ Méd.* 2010;13:71–5.

¹³⁸ MEDINA, ML, Medina MG, Merino LA. La investigación científica como misión académica de los hospitales públicos universitarios. *Rev Cubana Salud Pública.* 2015;41:139–46.

currículo en sí mismo desde los planteamientos ocultos que se introducen en la práctica hospitalaria, además de la existencia de huellas en un escenario que aún está en la construcción y la finalidad del poder¹³⁹.

Esto, hace describir que las necesidades en el discurso en torno a la población, posibilita la idea de potenciar y transformar el hospital, colocando peso a los aspectos curriculares y promoviendo los derechos de pacientes. Es decir, el hospital como un escenario de construcción de conocimiento, donde no solo participa el personal médico y el hospital, sino también una comunidad llamada universidad, reconociendo el claro enfoque de esta, su compromiso social y educativo.

Esto significa, visualizar las diferentes disciplinas por razones lógicas y/o pedagógicas y presentarlas en un currículo que sea consistente con los estándares de organización del conocimiento no relacionados con los programas de la disciplina y la enseñanza pueda organizarse en función de los criterios utilizados para organizar el conocimiento y las actividades del hospital.

¹³⁹ FOUCAULT, Michel. El sujeto y el poder. Por qué estudiar el poder: la cuestión del sujeto. Bogotá: Carpe Diem Ediciones, 1991. p. 100.

IV. EMERGE EL HOSPITAL UNIVERSITARIO

La emergencia del hospital universitario es el énfasis de este capítulo, al decir de Foucault es "el punto de surgimiento", a su vez en oposición al "origen", se podría afirmar que se produce en la reacción de diferentes fuerzas. Secundario a esto, hablar de la emergencia del hospital universitario mantiene la traducción literal del concepto de apariencia sin introducir la palabra "aparecer", que parece referirse a una aparición repentina casi de manera mágica, después de recabar en la masa documental¹⁴⁰ sintetizada en los enunciados resultado del trabajo arqueológico.

4.1. Los hospitales son extensiones del estado

Hablar de los cambios que se han forjado en la relación universidad y hospital muestran la fuerza política que empieza a cobrar importancia desde la configuración de dicha emergencia. Los hospitales no se han salvado de los cambios iniciados en las ciencias sociales en las últimas décadas, que han llevado a cuestionar las pretensiones objetivas y neutrales de la ciencia, al decir de Foucault: "...el estado es una técnica de poder diseñada para crear cierto tipo de entidades que reproducen determinados intereses en un contexto macroeconómico, político y social¹⁴¹.

En otras palabras, la apariencia de neutralidad del estado con instituciones de salud enmascara diferencias y realidades en conflicto. En suma, es cierto las explicaciones que de ellos se derivan son construidos socialmente, es decir, la interpretación dominante de la realidad depende de los intereses de los actores específicos en el contexto sociohistórico. Ciertamente, gracias a su capital político, económico o simbólico, ha logrado imponer su lógica a otras posibilidades. Es así como el hospital universitario, aunque es un producto social, es una técnica de producción de la realidad social en la que vivimos.

Desde la perspectiva de esta investigación, el hospital universitario emerge desde discursos en un contexto hegemónico, en el que la existencia de grupos dominantes asegura que los actores involucrados puedan conectarse entre sí, asimilar y domesticar ciertos significados,

¹⁴⁰ FOUCAULT, Michel. 2004. Nietzsche, la genealogía, la historia. Valencia: Pre-Textos.

¹⁴¹ FOUCAULT, Michel. El sujeto y el poder. Por qué estudiar el poder: la cuestión del sujeto. Bogotá: Carpe Diem Ediciones, 1991 . p. 60.

haciéndolos así comunes. Así, el sentido común es producto de un sistema estructurado e institucionalizado de significados donde el hospital, es visto como la arena política de los grupos con mayor capital político, cultural y económico, pues son los que buscan definir el sentido de la construcción y el aprovechamiento de este¹⁴².

Ahora bien, la hegemonía de ciertos discursos proporciona a los profesionales de salud una naturalización de ciertas formas de ver y actuar sobre el hospital, favoreciendo la construcción de subjetividades. Sin embargo, como ha señalado dicha hegemonía no implica un proceso de control total, también produce desde el mismo, lugares de resistencia¹⁴³. Proceso que por excelencia va ligado a las dinámicas propias del estado, al nivel micro o institucional llamado hospital universitario.

En el contexto de la práctica hospitalaria, el discurso se convierte en portador de sentido desde el ámbito político, por lo tanto, da lugar a la subjetividad. Así, en este trabajo, la extensión con el estado es comprendida como el significado natural de los miembros de la organización en el orden hegemónico (la salud en el contexto neoliberal), expresado en el discurso y la práctica del discurso como hábito mental¹⁴⁴. De esta manera, las discusiones que circulan en la transición de los hospitales públicos a hospitales universitarios están vinculadas a partir de la interpretación cultural para comprender su extensión está en juego la comprensión de las dinámicas de dominación¹⁴⁵.

De igual manera, los nuevos rasgos de las sociedades de control, correspondientes a las sociedades neoliberales, sugieren la creación de indicadores que permitan el control. Los pacientes se convierten en datos y números a través de un sistema de registro de gestión de riesgos en la sombra, lo que garantiza el cobro de la facturación.

En la misma línea, se muestra cómo la auditoría se ha convertido en un importante mecanismo de gestión en las nuevas estrategias de control, donde el riesgo se vuelve manejable gracias a las nuevas relaciones de control entre el centro de decisión política y los

¹⁴² MUMBY, K. (1997). The Problem of Hegemony: Re- reading Gramsci for Organizational Communication Studies. *Western Journal of Communication*, 61, (4), 343.

¹⁴³ LACLAU, E. (1998). *Hegemonías y alternativas políticas en América Latina*. México: Siglo Veintiuno Editores

¹⁴⁴ GARCÍA, C. (2006). Una aproximación al concepto de cultura organizacional. *Universitas Psicológica*, 5 (1), 163-174

¹⁴⁵ FOUCAULT, Michel. *El sujeto y el poder. Por qué estudiar el poder: la cuestión del sujeto*. Bogotá: Carpe Diem Ediciones, 1991. p. 55.

procedimientos¹⁴⁶. Una vez más, la responsabilidad de la salud, la riqueza y la felicidad recae en dispositivos "políticos", como lo es el hospital, en tanto, extensión del estado.

En este sentido, los supuestos de libre mercado sobre la libre elección de los consumidores (pacientes) en el contexto de muchas opciones existentes, no se aplican en el sector de la salud, desde el neoliberalismo, los bienes como la salud se convierten en el mecanismo para regular la relación entre el poder y los ciudadanos, no a través del deber, sino de la libre elección en competencia.

Por ende, el mecanismo funciona responsabilizando a los hospitales por los requerimientos de los clientes de los que depende su existencia. Pero cuando se trata de salud, el poder no es del cliente, es decir el enfermo, es independientemente de las condiciones de los clientes, usuarios, por el contrario, es la dinámica misma del sistema¹⁴⁷.

Finalmente, en el contexto de la transformación de hospital a empresa, los empleados son introducidos discretamente a la secuencia de eventos provocados por este cambio. Sin embargo, las voces contrarias al cambio que implica la lógica empresarial sugieren que si bien ese nuevo orden se impone, dicha visión empresarial resulta más saludable para unas minorías con una menor satisfacción para quienes la desarrollan.

En este sentido, nos preguntamos ¿cuáles son las condiciones para controlar la sanidad, autorizar la educación del médico en hospitales y clínicas? ¿Quién dijo que no son habituales? Desde Foucault podríamos afirmar que "El racismo que nació en la psiquiatría de la época fue una carrera racista contra la irregularidad, contra aquellos que, como portadores de estado, vergüenza o lo que sea, pueden pasar a los herederos, por cierto, del mal que acarrean, o más bien, de las consecuencias no deseadas de los comportamientos insólitos que provocan"¹⁴⁸.

4.2. Controlar la sanidad, autorizar la educación del médico en hospitales y

¹⁴⁶ DELEUZE, G. (1995). Post-scriptum sobre las sociedades de control. En G. Deleuze. Conversaciones: 1972- 1990. Valencia: Pretextos

¹⁴⁷ ROSE, N. (1998). *Inventing Ourselves: Psychology, Power and Personhood* (1a Ed.). London: Cambridge University Press

¹⁴⁸ FOUCAULT, Michel. Clase del 19 marzo de 1975. En: *Los Anormales*. [en línea]. Ied. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2007. p. 294. [Consultado el 26 de abril de 2020]. Disponible en: <https://programadssrr.files.wordpress.com/2013/05/foucault-michel-los-anormales-ocr.pdf>

clínicas

...Yo le agradezco de verdad al hospital porque he aprendido muchas cosas, porque he estado en muchos cursos y aprendí a valorar esa parte, esa parte que a nosotras las enfermeras nos fascina estar es allá con el paciente, que hacer de todo esa parte que para mí era lo más bonito... Afortunadamente, cada ocho días estoy en la parte asistencial, o sea, no dejé de lado la parte asistencial, pero aprendí a organizar, aprendí a manejar un programa y a tener en cuenta desde el momento que yo llego al hospital, yo ya sé qué va pasar en ocho días, y hacer como un cronograma de todas mis actividades. He logrado muchas cosas en esta área...¹⁴⁹

Lo mencionado anteriormente, es el entre dicho de varios discursos, así es como trabaja el personal médico en la institución hospitalaria, espacio de trabajo que brindan herramientas para el autodesarrollo, operaciones administrativas y capacitación del personal para comprender la organización y el desarrollo de la educación desde su quehacer profesional; ya sea en enfermería, bacteriología, fonoaudiología o medicina, la emergencia del hospital universitario puede preparar al personal. Los profesionales en formación cambian su forma de pensar y su manera de actuar desde la experiencia que les da su labor.¹⁵⁰

Ahora bien, autorizar la educación no es sólo la fuente de aprendizaje, también es fuente de ingresos para el hospital. Por ello, el papel del médico se está redefiniendo a medida que los hospitales se transforman en universitarios y a partir de ahora, el personal deberá desempeñar funciones en una variedad de procesos educativos además de lo netamente asistencial,¹⁵¹ es decir, el tiempo que antes se dedicaba a la atención del paciente deberá -afirman-, a destinarse a otras actividades que se establezcan para el acto formativo.

Podríamos afirmar que el ejercicio de formar no es ajeno para este tiempo, y según el desarrollo de los capítulos anteriores, las reglas de representación y discurso crean reglas sólidas para comprender la emergencia del hospital. Por ellos, los hechos históricos, las tensiones y presiones de autorizar o no la enseñanza, permiten tomar conciencia de estas situaciones y ayuda a fortalecer estructuras sociales y proyectos de vida, generando cambios

¹⁴⁹ El tiempo, disponible: <https://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-478309>

¹⁵⁰ Asociación Médica Mundial Declaración de la Asociación Médica Mundial Sobre la Enseñanza Médica [en línea]. Disponible en <http://www.unav.es/cdb/ammmadrid2.html>

¹⁵¹ KUPERSMITH, J. Quality of care in teaching hospitals: a literature review. Acad Med 2005;80(5):458-66.

de vida desde su comprensión como sujetos “entrenados y formados para sanar”.¹⁵²

En consonancia con lo anterior, dichas memorias son necesarias porque se puede tener en cuenta la complejidad de las situaciones y decisiones a las que se enfrentan los hospitales. Las historias son vagas en la memoria, por ejemplo, al inicio de este apartado se enuncia un discurso, pero no es la generalidad para todo el personal médico, esto plantea un gran desafío en la reconstrucción del tejido social.

Lo anterior muestra claridad en que la práctica de reconstruir memorias históricas en el ejercicio de emergencia del hospital posibilita develar las huellas y rastros dejados por la historia, pero lo más importante es que atender a la historia, permite recabar en las contradicciones para encontrar la recurrencia de enunciados en los discursos revisados¹⁵³.

Así mismo, los procesos de integración en el profesional sanitario son características a la hora de la autorización de la puesta en marcha de su ejercicio; en la educación médica se acepta ampliamente la necesidad de lograr la incorporación de conocimientos; sin embargo, es contradictorio que la terminología y los componentes metodológicos de un aspecto tan importante no estén claramente definidos¹⁵⁴. Esta situación genera confusiones que se ven reflejadas y manifestadas en el plan de la acción a la hora de la práctica, lo que a su vez afecta la inteligencia que el personal médico necesita desarrollar desde las ventajas y desventajas de priorizar uno u otro en la práctica educativa.

El concepto integración se relaciona estrechamente con el ejercicio de autorizar, sin embargo, ¿Qué es la integración profesional? ¿Cómo esta permite la autorización de la educación médica? Son interrogantes inquietantes, pero que a su vez permiten comprender los cambios de la relación universidad y hospital respecto de la formación.

Inicialmente, uno de los temas más comunes de las tendencias contemporáneas en la educación en ciencias de la salud es "integrar el conocimiento" o "integrar el aprendizaje". La integración es una proposición, muchas veces justificada por sus supuestos beneficios y

¹⁵² MORRISON, J. Learning in teaching hospitals and the community: time to get the balance right. *Med Educ* 2006;40:92-3.

¹⁵³ FOUCAULT, Michel. *La arqueología del saber*. México D.F.: Siglo XXI editores, 2010. p. 132.

¹⁵⁴ MARKAKIS, Kathryn, BECKMAN, Howard; SUCHMAN, Anthony; FRANKEL, Richard. (2000). “The Path of Professionalism Cultivating Humanistic Values and Attitudes in Residency Training”. *Academic Medicine*. Vol. 75. USA.

supuestas ventajas sobre la llamada organización de la enseñanza.¹⁵⁵

Así mismo, la idea de “integrar” el conocimiento no es nueva. De hecho, en toda investigación relativa a una determinada actividad humana, se espera que los conocimientos adquiridos en diferentes ciencias puedan utilizarse simultáneamente o incluso indiscriminadamente para resolver problemas de esa área.¹⁵⁶ Además, se puede decir que la integración es cuando los elementos de adquiridos y aprendidos se vuelven conocimiento significativo que permiten que el profesional del área de la salud pueda abordar a futuro diferentes temas o áreas de una misma disciplina o de profesiones a fines con la salud, por ejemplo, la medicina, deben ser utilizados simultáneamente para resolver varios problemas de la misma profesión.

Históricamente, en los inicios de la formación profesional, representada por la medicina, la adquisición de conocimientos y habilidades se realizaba en una relación de tutoría, lo cual en nuestros tiempos continúa siendo vigente. Sin embargo, la ciencia es de naturaleza analítica, es decir, su actividad cognitiva se crea en la dirección de ampliar el conocimiento, desglosar temas y profundizar el nivel básico de este conocimiento¹⁵⁷. Si bien los orígenes de las ciencias de la salud están asociados con la definición de los límites de los objetos de estudio, su profundidad a menudo se asocia con el desarrollo cada vez más progresivo de métodos para proporcionar conocimientos cada vez más importantes sobre estos temas. Esto no quiere decir que la síntesis inversa no pueda tener lugar, ya que es bien sabido que existe una relación dialéctica entre las dos direcciones del pensamiento, práctica y teoría.

Ahora bien, el término integrado se aplica a diferentes áreas de la educación médica y la actividad profesional en sí misma, inclusive, en la misma configuración del hospital, como se ve en los siguientes discursos; ...los hospitales universitarios en Colombia se han clasificado en cuatro niveles, de acuerdo con la complejidad y nivel de atención, o, ...en los hospitales de tercer nivel, se prestan servicios de manera integrada, entre ellos, consulta externa, hospitalización y atención de urgencias de especialidades básicas y

¹⁵⁵ ILIZÁSTEGUI, F. Factores que convulsan a la educación médica. La Habana: Instituto Superior de Ciencias Médicas;1979.

¹⁵⁶ PONCE-DE LEÓN, ME. Tendencias actuales en la enseñanza de la Medicina. Estrategias del aprendizaje en medicina. I. Introducción. Gaceta Médica de México. 2004;140(3).

¹⁵⁷ VICEDO, A. Ciencias básicas biomédicas. Origen, desarrollo y tendencias actuales. En: Aneiros-Riba R, Vicedo A (eds). Las ciencias básicas en la educación médica superior. Madrid: Editorial Síntesis; 2001.

subespecialidades.¹⁵⁸

Con relación a esto, la integración se considera horizontal o vertical dependiendo de si las relaciones entre ellos se manejan de forma concurrente o secuencial a lo largo de la formación¹⁵⁹. La mayoría de los documentos asociados a la educación médica convergen hacia la precisión en el sentido "unificado" y la utilizan para reorganizar el contenido que a menudo se encuentra disperso en diferentes conjuntos de conocimientos especializados.

De esta manera, la integración es un proceso mental en el que se interconectan diferentes conocimientos. Estos conocimientos van más allá del simple hecho de la práctica clínica, por el contrario, visualiza la fuerza educativa participando en los cambios y la autorización de la enseñanza en el hospital. Estos acontecimientos, series o fragmentos de experiencias, le dan un "sentido" a posiciones subjetivas de esta fuerza inmersa en la emergencia del hospital universitario, los pone en tensión¹⁶⁰, pero los complementa desde su aparición.

Del mismo modo, el desarrollo de la ciencia ha creado la necesidad de derribar las fronteras entre las disciplinas científicas para resolver los complejos problemas de la actualidad. En este sentido, el escenario multidisciplinario tiene en cuenta el grado de interdependencia y la amplitud de las relaciones que se establecen entre las disciplinas y sus propias particularidades.¹⁶¹ Lo que no es ajeno al proceso de integración, por el contrario, fortalece lo que dice el discurso.

Es así, que el documento desde la perspectiva arqueológica toma fuerza, no es un instrumento alegre de la historia, sino un recuerdo perfectamente preciso. La historia es de cierta manera en que la sociedad da a sus documentos indivisibles un estatuto y una elaboración universal.¹⁶²

En pocas palabras, la historia en su forma tradicional consiste en "recordar" las reliquias del pasado, traduciéndolas a documentos, hoy desde la perspectiva los documentos se hacen

¹⁵⁸ El tiempo, disponible: <https://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-969230>

¹⁵⁹ DÍAZ-VELIS, E, RAMOS, R, MENDOZA, C. Un reclamo necesario, la integración de los contenidos en la carrera de Medicina. *Educ Med Super.* 2005; 19(1).

¹⁶⁰ FOUCAULT, Michel. *La arqueología del saber.* México D.F.: Siglo XXI editores, 2010. p. 139.

¹⁶¹ CASTILLO, LM, NOLLA, N. Concepciones teóricas en el diseño curricular de las especialidades biomédicas. *Educ Med Super.* 2004; 18(4).

¹⁶² FOUCAULT, Michel. *Nietzsche, la Genealogía, la Historia.* Valencia: Edición Pretextos, 1988. p. 33

monumentos donde se descifran las huellas dejadas por el ser humano, una cuestión para adentrarse en lo que fueron, y revelar multitud de elementos que para esta investigación correspondieron a la fuerza educativa.

Bajo el contexto dado, se comprende que esta fuerza, representada por la integración y aplicabilidad de las competencias, no necesariamente fundamenta unas nuevas alternativas de educación médica y no insta una cultura de nuevo paradigma, al contrario, como lo expresa Foucault, agita lo que se percibía inmóvil, fragmenta lo que se pensaba unido: muestra la heterogeneidad de lo que imaginábamos conforme a sí mismo¹⁶³. Según esto, es claro, que distinto a lo que se pensaba y esperaba, la formación está más allá de una autorización, por supuesto está más allá de un proceso de atención

4.3. Enseñanza, investigación y asistencia en igualdad de importancia

¿Enseñanza, investigación y asistencia? El dilema de hace unos años que fue base de discusión para el desarrollo del hospital, es el mismo dilema que se plantea hace bastante tiempo. Es absolutamente imposible separar la docencia de la asistencia o la investigación, pues son aspectos complementarios de la práctica hospitalaria¹⁶⁴. Ahora, ¿Cómo relacionarlos sin que uno tenga más importancia que otro?

Por ejemplo, hace más de 2.400 años, este problema fue resuelto por los maestros de Cos, una isla perdida en el Mediterráneo, una cultura que prevalece desde hace siglos, un nombre que reverdece día a día más: Hipócrates. La historia muestra, como "Una de las mujeres de la casa de Pantimedes...", "El clazomeniense que vivía junto a los pozos de Friniquides..." fueron líneas iniciales de dos de los 28 relatos que han llegado hasta nosotros y que forman parte de las "Epidemias hipocráticas" y anuncian una nueva era para la Medicina, la "Era del Método".¹⁶⁵

En ese sentido, los metódicos, son los escritos hipocráticos comprendidos para el ejercicio de la Medicina. El Método Hipocrático trasciende el tiempo y el espacio. Actualizándonos a lo largo de 24 siglos. El método científico, método epidemiológico o método clínico son las

¹⁶³ FOUCAULT, Michel. Nietzsche, la Genealogía, la Historia. Valencia: Edición Pretextos, 1988. p. 29.

¹⁶⁴ SETHURAMAN, KR. Ethics of patient care by trainee-doctors in teaching hospitals. J Postgrad Med 2003;49(2):160-2.

¹⁶⁵ SAINT-LUP, E. Historia de la Medicina. La Paz: Ed- Juventud: 1992; Pág. 90-91

formas distintas de la implementación de una misma metodología, según se ejecute a la investigación científica en general, al estudio de poblaciones o a la asistencia de un paciente.

A continuación, con relación a lo que se dice, se recabara en la construcción de dichos conceptos. Inicialmente la enseñanza es clave en la práctica hospitalaria, desde las clases teóricas se aporta un bagaje necesario, las clases de laboratorio permiten identificar los aprendizajes adquiridos en condiciones experimentales, las consultas y pases de visita que nos llevan a la realización de lo aprendido, vinculan docencia, investigación y asistencia de forma indisoluble¹⁶⁶.

Por otro lado, la docencia requiere de una metodología para su efectividad, metodología que sólo difiere de las demás en su forma, pero no en su esencia, sino en sus propósitos inmediatos, pero no en sus objetivos finales. Así mismo, la investigación se asocia, por derecho propio en constituir un “trinomio perfecto” sin el cual es irrealizable una adecuada práctica en el ejercicio de las profesiones de la salud.¹⁶⁷

Hablar de estas tres, requiere utilizar el enfoque epidemiológico si se quiere saber qué está pasando en una población y el enfoque clínico para saber y conocer qué le pasa al paciente. Al entrevistar a un paciente, decidiendo racionalmente sobre pruebas de laboratorio, radiografías o microbiología, realizamos muestras para conocer la enfermedad de la persona y su debido tratamiento. Utilizamos el método científico analizando las tendencias de las enfermedades a lo largo del tiempo para planificar acciones preventivas o decidir qué recursos necesitamos invertir.

De la misma manera, la administración en el campo de la salud se basa en métodos científicos, en la búsqueda de una mejora de servicios de alta calidad, la decisión sobre los profesionales, la equiparación de insumos, etc. Arbitrariamente, todos confían en el conocimiento, que necesita ayuda, pero que siempre requiere aprobación por la investigación científica y se realiza en consonancia con el currículo, recombina métodos científicos y pedagógicos en busca del mejor uso y los mejores procesos clínicos.¹⁶⁸

¹⁶⁶ VERA, O. Ética y Bioética Médica. La Paz: Ed. Élite Impresiones; 2014. Pág. 28-29

¹⁶⁷ CAMPOHERMOSO, O. Ética Bioética, Responsabilidad y Auditoría Médica. La Paz: Ed. Original San José, 2009. Pág. 259-260

¹⁶⁸ MORRISON, J. Learning in teaching hospitals and the community: time to get the balance right. Med Educ 2006;40:92-3.

Ahora bien, emerge un concepto en esta triada académica: la metodología, esta muestra su importancia en el uso uniforme de la enseñanza y un grado posterior de forma acelerada y segura de preparar a un profesional para la atención médica. La metodología al servicio de la enseñanza favorece la formación del profesional médico, clasificado como maestro o no, que no lo invalida en la práctica profesional. Sin el método, nos parecemos a alguien que está mirando en la oscuridad, la metodología es una lámpara que nos ilumina en el camino.

Es por esto que la sinergia entre enseñanza, investigación y asistencia cuentan con la misma importancia.

A partir del reciente concepto de hospital universitario se fundamenta la enseñanza y la investigación, pues son actividades estratégicas para el desarrollo del hospital, por lo que la planificación es primordial, tanto a nivel de infraestructura como de estructura. Igualmente, se debe considerar la inversión en la formación de docentes y la contratación de investigadores, lo que debe ir más allá del pragmatismo a corto plazo.¹⁶⁹

Es así, que la educación debe satisfacer la demanda, las prioridades de investigación y los acuerdos formales con las instituciones de educación superior. En ese orden de ideas, la planificación estratégica utiliza la educación y la investigación como herramientas, y la responsabilidad académica de un hospital se extiende más allá de su infraestructura. Del mismo modo, las obligaciones educativas son guiadas a los propios profesionales, los contratos con instituciones de educación superior, trabajadores calificados, pacientes, público y autoridades son unos pocos, con relación a la importancia que cobra la enseñanza, la asistencia y la investigación.

Esta última, tiene el potencial no solo de crear conocimiento que contribuya a la resolución de problemas, también de crear un ambiente donde se cuestione, discuta y debata el conocimiento establecido, se reconozcan las contribuciones globales, se respeten los desacuerdos, se apoyen los argumentos. y decisiones tomadas, todo lo cual es muy saludable para una organización en crecimiento¹⁷⁰ y claramente la configuración y emergencia del

¹⁶⁹ TORRES C, SOLIMANO G. Formación de médicos especialistas en el contexto de la Reforma de Salud. Monografía Escuela de Salud Pública, 2005.

¹⁷⁰ LIFSHITZ, A. La educación y la investigación en los hospitales de alta especialidad. Gac Médica Mex. 2011; 147: 404-6.

hospital universitario.

Indudablemente ser capaz de establecer un hospital con orientación académica significa planificar un entorno entre enseñanza, asistencia e investigación. Como se mencionó anteriormente, esto ayuda a lograr acuerdos con universidades y otras instituciones de educación superior. Por supuesto, la investigación no se realiza sobre la base de un decreto o voluntad única; requieren inversión en la contratación de investigadores capacitados que puedan liderar equipos y capacitar a nuevos investigadores. Es cierto que los estudios y programas de especialidad actuales no brindan una formación adecuada para la investigación por eso la correlación de la asistencia es indisoluble a esta misma, aunque sí producen materias primas moldeables.¹⁷¹

De igual manera, puede decirse de la formación del profesorado. Para convertirse en un buen docente, un experto en el campo técnico no es suficiente, requiere inversión. Los hospitales deben considerar el presupuesto para la formación y el empleo de científicos y profesores, así como la financiación de actividades educativas. El acceso a la información es la máxima prioridad hoy en día. La información es la herramienta fundamental en la que trabajan los médicos y profesionales de la salud, y aunque estas se multiplican, su calidad también es muy desigual. Invertir no solo en recursos de información, sino también en capacitación para aprovechar la investigación y realizar análisis críticos se hace relevante y necesario¹⁷².

Dicho esto, factores ajenos, así como los docentes, el ámbito económico y social como se menciona en un principio, pueden ser clave para determinar el funcionamiento de estos tres elementos que encaminen hacia el desarrollo al hospital universitario. Teniendo en cuenta que se han identificado varias debilidades de implementación.

Entre estos, a menudo hay hospitales clínicos donde no hay una relación entre el número de camas, el número de estudiantes, al igual que la relación entre el número de estudiantes y los profesores que ejecutan el programa, pues debe ser suficiente para garantizar su eficacia¹⁷³-

Por otro lado, el análisis de las áreas de práctica de algunas universidades, para la realización

¹⁷¹ ROMÁN, O, YEVENES, S, GUERRA, M. Estudio acerca de la situación actual de la relación docente-asistencial. Monografía, Minsal. 2000

¹⁷² ELLIOT, J. (1998). La investigación Acción en Educación. Segunda Edición Morata

¹⁷³ PÉREZ DE LEAL, R. Responsabilidad Civil del Médico. Buenos Aires: Ed. Universidad; 1995. Pág. 84

de actividades científicas revela carencias. De igual modo, el control sobre el desarrollo y la eficacia del programa debe ser supervisado por la facultad de medicina correspondiente, se podría decir que los profesionales que se desempeñen como docentes, también deben ser sufragados por el hospital y contar con ciertas garantías, pues brindan una asistencia y un apoyo docente.

Además, se observa, como los académicos deben ser expertos en el campo que supervisan y tener el tiempo necesario para llevar a cabo las actividades especificadas. Así mismo, las facultades de medicina deben estar obligadas a proporcionar de forma independiente a los graduados cursos de formación prolongados y fortalecer el apoyo didáctico utilizando una variedad de herramientas. Es allí, donde la educación continua debería ser obligatoria y el establecimiento de la sinergia investigación asistencia y enseñanza empiezan a trascender en el mismo nivel de importancia.¹⁷⁴

Ahora bien, retomando la relación y la importancia entre enseñanza, asistencia e investigación, se encuentra como significado que es un proceso estructurado y sistemático de respuesta a una pregunta que nos permite expandir nuestro conocimiento y aprender lo desconocido. Los docentes deben desempeñar el papel de investigadores en la práctica clínica y apoyar un ambiente de investigación en la atención del paciente para desarrollar profesionales activos, sensibles, críticos e innovadores.¹⁷⁵

Finalmente, cultivar la curiosidad en el personal médico primero requiere que los profesores sepan lo que significa investigar, y la investigación se vuelve importante en el aula, ya que se ve como una estrategia de aprendizaje, con comprensión específica sobre las actividades intelectuales que participan en todos los procesos de aprendizaje. Convirtiendo la enseñanza en una asistencia y esa asistencia en pro de la investigación, de tal manera que de la misma dinámica del hospital universitario los discursos afirmen la práctica médica, los procesos de formación, así como la investigación

¹⁷⁴ AGUDELO, C, SÁNCHEZ, C. ROBLEDO, R. Modelo Académico de Hospital Universitario. Universidad Nacional de Colombia. 2008

¹⁷⁵ ANTOS L, GONZÁLEZ C. El diseño curricular por competencia en la educación médica. Escuela Nacional de Salud Pública. Ciudad de la Habana www.bvs.sld.cu/revista/ENS_04403.htm. Vol. 17/04-2003

4.4. La crisis de la educación médica: Ley 100, aseguramiento en salud y no en educación.

Hoy, un grupo de hospitales y clínicas han decidido voluntariamente trabajar en el sistema de acreditación médico colombiano, lo que significa mejorar los estándares operativos, los procesos, los niveles de seguridad, la visibilidad del riesgo, cambiar la cultura organizacional, la humanidad del paciente y la responsabilidad social, etc.¹⁷⁶. Para tratar de comprender qué significan estas diferencias, es necesario mirar ciertos ángulos que ayudarán a comprender mejor el asunto. El modelo universitario de vincular verticalmente la universidad con el hospital universitario no ha sido del todo exitoso, ya que la promulgación de la Ley 100 en Colombia impactó en una de las actividades destacadas al decir de Hipócrates, la de enseñar conocimientos médicos.

Antes de profundizar propiamente en la Ley 100, es de anotar que el sistema general de salud y seguridad social en Colombia tiene una doble función, la de atención de la salud y la de capacitación de los empleados. En todo el mundo, existe una conexión histórica entre el sistema de salud y el sistema de educación superior. En Colombia, las relaciones son supervisadas por los ministerios nacionales de educación, salud y seguridad social. De hecho, cualquier asunto que tenga un impacto en el sistema de salud está destinado a afectar la calidad de la formación.

Igualmente, América Latina ha visto una serie de reformas que afectan la prestación de servicios de salud y educación. De hecho, durante 25 años, Colombia ha atravesado dos reformas importantes que afectan la educación médica: la Ley 30 de 1992 sobre Educación Superior y la Ley 100 de 1993, que crea un sistema general de salud y seguridad social. El primero (en su momento) introdujo un concepto amplio de autonomía universitaria y permitió el establecimiento de facultades de medicina (y de todas las profesiones) de acuerdo con las leyes de la oferta y la demanda, y el segundo proponía el establecimiento de un modelo de seguro de salud.

La Ley 100 de 1993 nos permite vislumbrar discursos, tales como ...Hoy, más del 90% de la

¹⁷⁶ ICONTEC. IPS acreditadas. [Internet]. Bogotá: ICONTEC [consultado Ene 2016]. Disponible en: <http://www.acreditacionensalud.org.co/novedades.php?IdSub=108&IdCat=25&titulo=IPS%20ACREDITADAS>

población tiene algún tipo de seguro, y bajo la presión de la Corte Constitucional, los dos planes principales tienen el mismo plan de beneficios, aunque con diferentes valores de unidad de capitalización¹⁷⁷. Ahora bien, se reconoce que los grupos desfavorecidos hoy en día tienen mayor acceso a los sistemas de atención médica y de garantía de calidad, también es cierto que existen desigualdades inaceptables basadas en la capacidad de pago de los salarios de las personas, y la formación de quienes hacen que los hospitales funcionen. Pero, surge de allí un interrogante y es ¿realmente estamos en crisis?

El inicio de la década de los 90's fue un período de importante transformación política, económica y social para el país, que aún se refleja en el desarrollo social y en la educación médica inmediata. Estos cambios, aunque anunciados y desarrollados hace años, se reflejan en constituciones políticas: derechos garantizados modernos y derechos neoliberales, en los que el Estado se ha limitado y delegado gran parte de sus funciones al sector privado¹⁷⁸. Esto permite analizar, más allá del alcance de un documento. Sin embargo, no hay duda de que la tensión entre la regulación estatal y la desregulación en los últimos años ha tenido un impacto fundamental en la política económica y social de la educación médica en Colombia.

La organización de los sistemas de educación superior y de salud no fue ajena al marco constitucional y a la ola de reformas internacionales de los 90's. Desde la Ley 30 del 92 se propició la proliferación de programas académicos, con escasos trámites legales en su momento, y unos años más tarde pasó a regular las materias de acreditación para orientar y entregar la excelencia académica en la educación.¹⁷⁹

Si bien la Ley 30 propició programas académicos en gran medida sin robustez académica, la Ley 100 de 1993 creó un sistema de seguridad social en salud, es decir, el país pasó de un sistema de salud del estado de bienestar a un sistema de seguro neoliberal bismarckiano¹⁸⁰. El nuevo sistema de seguro reestructuró la prestación de servicios, creando una serie de aseguradoras (empresas de promoción de la salud), y prestadores de servicios (proveedores

¹⁷⁷ El tiempo, disponible: <https://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-1631415>

¹⁷⁸ VÁSQUEZ, T. La Constitución del 91, entre los derechos y el modelo de desarrollo. Ciudadanía, derechos económicos, sociales y culturales y medidas de ajuste económico. Instituto de investigación y debate sobre la gobernanza. 2006.

¹⁷⁹ MORALES, L, Chavarriaga I, Barrero J. Las condiciones laborales y de vida de los médicos en Colombia 1996-1998. Documentos de Trabajo Fundación Corona No 3. Bogotá, 2001

¹⁸⁰ Universidad de Antioquia. Los doce principios de la seguridad social en la ley 100. <http://aprendeonline.udea.edu.co/lms/moodle/?redirect=0>

de servicios). La relación EPS-IPS marca una nueva forma de prestar servicios a través de la eficiencia administrativa y la rentabilidad económica, pero muchas veces a expensas de la calidad del servicio. Esto dio lugar a un gran número de cambios en la atención y la formación de los profesionales médicos, y en la relación entre educación y atención sanitaria.

De igual forma, la necesidad de mantener la eficiencia administrativa posibilitó el cierre de los hospitales universitarios y la posterior reorganización a empresas sociales del estado. Este fenómeno se hizo común, especialmente a fines de los años 90's, boletines, noticias y prensa tales como: ...Agoniza el hospital, el hospital en coma, que viva la tutela, la agonía del Hospital de Caldas, la crisis del Hospital universitario de Santander, fueron algunos de los titulares que demarcaron los 90's y mediados de la década siguiente.

Sin embargo, frecuentemente el hospital en sí ha vivido momentos de tensión y se ha visto envuelto en crisis y constante reestructuración. La docencia no fue ajena a este proceso, por el contrario, la búsqueda de la viabilidad económica impactó la relación entre la enseñanza y el servicio.

Es así, como esta relación se vuelca a mecanismos negociables, impidiendo severamente el desarrollo de la práctica de medicina, especialmente entre instituciones de enseñanza y de servicio en el sector privado, afectando beneficios desiguales a las instituciones educativas formales. En general, la proliferación de programas de formación médica y sanitaria sumada a la crisis de los hospitales universitarios condujo a un mercado imperfecto de escenarios de práctica que se mantiene hasta el día de hoy.¹⁸¹

El impacto de estas reformas en la educación médica ha sido enorme, cambiando la concepción tradicional de la educación médica. Sin embargo, las expectativas de la sociedad, el gobierno y muchos segmentos del público, incluidos los académicos y los profesionales de la salud, continuaron brindando opciones para los médicos en la década de 1990 sin comprender que la práctica clínica está inherentemente limitada en el desarrollo de los sistemas de atención médica. Esto genera un doble discurso en tanto contradictorio: limite sus situaciones de aprendizaje tanto como sea posible, pero espere profesionales de alto

¹⁸¹ Ministerio de Salud y Protección Social y Ministerio de Educación Nacional. Documento de recomendaciones para la transformación de la educación médica en Colombia. Informe Comisión para la Transformación de la Educación Médica en Colombia. Bogotá. 2017.

rendimiento¹⁸².

Finalmente, se reconoce que se necesitan más esfuerzos en tiempo de crisis, donde las comunidades minoritarias son acogidas, a veces marginadas por el mismo sistema de aseguramiento en salud, pero que simultáneamente se disfrazan de garantías para la educación médica¹⁸³.

4.5. El hospital universitario en el contexto actual

La imagen de un hospital universitario en el contexto de la sociedad actual no es una tarea fácil. Por no hablar de sus ideas, asumiendo la relación de dos instituciones complejas, el hospital y la universidad; en el siglo XX redefinieron sus funciones y principios, reorganizaron y planificaron su gestión. Es así, que el hospital del siglo XX ha sido lugar de paso, cobijo de personas que no suplen sus necesidades básicas, se ha convertido en una gigantesca institución tecnológica y un lugar fundamental para el desarrollo de las actividades médicas.

Por otro lado, la universidad en el siglo XX ha pasado de ser una escuela cultural que creaba una clase dirigente a una institución educativa para las masas, productora de conocimientos y reinventora de la práctica profesional. Tanto los hospitales como las universidades están cambiando y las dinámicas son complejas. Como resultado, los planes organizacionales de estas dos instituciones, basados en el modelo flexneriano de educación médica, se han vuelto inadecuados, o al menos insuficientes.

Consecuentemente, esto lleva a una situación paradójica porque cuanto más fuerte es la relación tradicional entre el hospital y la universidad, más se construye el hospital adscrito a la universidad como un centro de alta tecnología donde su influencia contribuyen de manera directa la investigación e innovación tecnológica. En otras palabras, los hospitales, aunque tradicionalmente estén vinculados a las universidades, siguen luchando por funcionar como universidades¹⁸⁴.

¹⁸² RODRÍGUEZ, J. Educación Médica Graduada. [Internet]. Revista Galenus. 2017; p2. Disponible en: <http://www.galenusrevista.com/Educacion-medica-graduada.html>.

¹⁸³ FOUCAULT, Michel. Nietzsche, la Genealogía, la Historia. Valencia: Edición Pretextos, 1988. p. 18.

¹⁸⁴ ALLISON, J. J. (2000). Relationship of Hospital Teaching Status With Quality of Care and Mortality for Medicare Patients With Acute MI. JAMA: The Journal of the American Medical Association, 284(10), 1256–1262. doi:10.1001/jama.284.10.1256

Ahora bien, en una realidad hospitalaria desordenada e ineficiente, los hospitales con opciones limitadas se ven obligados a brindar una excelente atención en un entorno degradado con costos limitados. Esta situación exige repensar hoy, lo que los hospitales universitarios están logrando, la acumulando de experiencias pasadas, pero superándolas, más allá de los viejos estereotipos y rutinas que han sufrido a lo largo de la historia.¹⁸⁵

Esto significa que, si bien una escuela de medicina debe esforzarse por mantener y ampliar el entorno hospitalario, se debe enfatizar en que los nuevos desafíos de los trabajadores en el sector salud se extienden más allá de las operaciones del hospital. Ahora bien, la mejor formación profesional no es la mejor capacitación, no se consigue sin alcanzar un sistema óptimo en la enseñanza de la medicina. Como tal, la educación médica debe combinarse con la educación hospitalaria de cara a los retos del futuro, es misión y exigencia de la sociedad potenciar la triada enseñanza, asistencia e investigación del Hospital Universitario como centro profesional de excelencia.¹⁸⁶

Por ello, el desarrollo de estas funciones se dará en un entorno cada vez más exigente, donde el espíritu de un hospital universitario determina la aplicación de la mejor y mayor evidencia científica, introduciendo nuevas tecnologías o implementando innovaciones en la educación médica. Por lo tanto, surge la necesidad de actualizar la función de los hospitales universitarios en un sistema de salud cambiante, en última instancia, considerar volver a acreditar esta función, destacando el principio general de priorizar la coordinación de tareas de su servicio en un escenario de alta calidad.

El modelo hospitalario clásico, siendo este el más utilizado en la educación médica, no siempre satisface las necesidades médicas de la sociedad, de la misma forma que lo hacen los sistemas de educación avanzada o de investigación. Puede resultar más convincente incluir la cultura formativa en todos los niveles del ámbito hospitalario. Así, la especialización docente parece ser una de las señas de identidad de los hospitales universitarios y tal vez un rasgo característico de la sociedad actual.

Así que ahora mismo, los mejores centros médicos son aquellos que se pueden utilizar para

¹⁸⁵ ESLAVA, Carlos, hospital universitario y crisis hospitalaria en Colombia, revista gerencia y politicass de salud, pag 4.

¹⁸⁶ FERNÁNDEZ, D. G., & AI, E. (2011). Análisis de la oferta de programas de pregrado en medicina en Colombia, Revista Colombiana de Reumatología, 18(2), 109–120.

la docencia colaborativa, cuyas metas docentes, de medicina e investigación deben ser sobresalientes. Así, los hospitales universitarios son aquellos que contratan todos (o la mayoría) de los servicios, con base en unos requisitos predefinidos y que incluyen su estructura y órgano de gobierno, equipamiento físico, recursos sanitarios y conjunto de servicios, por un índice mínimo hacia pacientes, estudiantes, docentes, etc.¹⁸⁷

Otro factor por considerar es que, desde una perspectiva social y administrativa, es claro que el hospital universitario del siglo XXI no puede seguir ejerciendo su función como lo hacía a finales de siglo XX, por el contrario, debe articular estándares de cobertura, capacidad, continuidad, disponibilidad para cada día y hora de cada mes y año.

Así mismo, de todas estas garantías, la realidad ratifica que el principal beneficio a lograr es la disponibilidad de recursos didácticos adecuados para la profesión médica, por tanto, la desafiante búsqueda de la promoción de la docencia y la investigación y al mismo tiempo mejora de las condiciones en las que se desarrollan dichas actividades, permitirán al hospital universitario ser el mejor lugar para la gestión¹⁸⁸.

Por otra parte, es incorrecto pensar que tener infraestructura, puede ser suficiente para que el hospital considere la universidad cuando en realidad no garantiza que la enseñanza que se implementa se alcance. En condiciones apropiadas, la protección de la enseñanza médica, la creación de objetivos de enseñanza e investigación,¹⁸⁹ permiten una estructura de apoyo para el cumplimiento curricular, las plazas docentes disponibles, entre muchas otras.

Cabe señalar que, en este momento de la historia, la atención ambulatoria se ha vuelto un paradigma asistencial y, por tanto, debe convertirse en un área central de aprendizaje. En este sentido, es muy importante que la escuela promueva un proceso integrador de saberes en el que, a pesar de la especialización y subespecialización de la práctica, se restablezca una comprensión holística del paciente, y para ellos se fragmente el saber, el pensamiento

¹⁸⁷ HARTZ, AJ. (1989). Hospital characteristics and mortality rates. *The New England Journal of Medicine*, 321(25), 1720–1725

¹⁸⁸ BOCHETTI, C, Arteaga JM, Antonio M. Hospital universitario: desde el San Juan de Dios hasta la construcción de un nuevo proyecto. *Uniaandes.edu.co*; Available from: <https://repositorio.uniandes.edu.co/handle/1992/46562>

¹⁸⁹ ORTIZ MARTÍNEZ, JG. Hospitales universitarios en Colombia: desde Flexner hasta los centros académicos de salud. *Repertorio de Medicina y Cirugía* [Internet]. 2016 [cited 2022 Jan 31];25(1):50–8. Available from: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0121737216000029?token=DB0197D459C2909617DC6FD2DCC86B4010C1D879292F531BA3663850D53C1FFC6D0FC74B675C3564A391E2648CB10CFF&originRegion=us-east-1&originCreation=20220131230647>

innovador y creativo, que inevitablemente los conduce al éxito en su entorno.¹⁹⁰

Teniendo en cuenta lo anterior, los hospitales tendrán que contar con planes de planificación, ejecución y control muy prácticos, sus procesos de toma de decisiones deben ser oportunos y eficientes, los recursos humanos deben estar muy involucrados en las metas de las instituciones y deben contar con suficientes recursos de infraestructura. Así mismo, los discursos están en la vía a posibilitar que el hospital universitario propicie capital de trabajo de tal manera que la industria de la salud disfrute de un entorno favorable de aprendizaje y entrega.¹⁹¹

Finalmente, se resalta que el Hospital Universitario ha superado debates normativos o legales sobre lo que puede y no puede ser considerado como tal, no solo en términos de infraestructura o un lugar de docencia. El Hospital Universitario es verdaderamente un concepto de profundo sentimiento y espíritu académico, plasmado en la creación de un centro de asistencia con la misión y fortaleza de la escuela, respondiendo a la necesidad de evaluación y enseñanza continua. Por lo tanto, es un punto de partida, no un puerto de llegada. Igualmente va más allá, convirtiéndose en testigo vivo y duradero de la historia de la Universidad y la medicina asociada a él y a la sociedad que lo reside como lo ha venido haciendo hasta el día de hoy.

¹⁹⁰ SASTRE-CIFUENTES, Raúl E.; GARCÍA, Carlos; UBAQUE J, Carlos, DÍAZ CORREA, A, Resumen. Rev Fac Med [Internet]. 2013;61(1):77-81. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v61n1/v61n1a10.pdf>

¹⁹¹ Unimedios. Hospitales universitarios: Modelo de vanguardia en la prestación de servicios de salud en el mundo. Claves para el debate público. 2008; 18:1-22.

V. CONCLUSIONES

La presente investigación logró mostrar la emergencia de la formación hospitalaria para profesionales en las ciencias de la salud a la luz de diferentes fuerzas. De igual forma, permitió analizar cómo emergen acontecimientos que configuran el hospital universitario, que, aunque no están ocultos, es imperativo que sean visibles.¹⁹²

Se describió la relación entre el hospital y la universidad en la formación de profesionales en las ciencias de la salud a nivel local y nacional a partir de la normatividad vigente y la práctica hospitalaria, teniendo en cuenta diferentes superficies (masa documental).

La perspectiva desde Foucault permitió insistir en las meticulosidades y azares¹⁹³ que muestra los momentos de tensión en el hospital y la construcción del discurso político y educativo en relación con la formación en el hospital.

La genealogía permitió mostrar las fuerzas presentes en la configuración de la emergencia del hospital universitario, dichas fuerzas, posibilitan un análisis alrededor del problema de investigación desde distintas miradas con el fin de visibilizar su emergencia.¹⁹⁴

La arqueología del saber médico permitió historiar las formaciones discursivas, visualizando sus transformaciones y estableciendo sus particularidades específicas de lo que actualmente conocemos como hospital universitario.

Esta investigación hizo posible describir y presentar al hospital universitario; sin asumir juicios de valor, una tarea que ayuda a resaltar puntos de vista divergentes de los eventos históricos y ver a los discursos en su enunciación a la luz de estar dispuesto a acoger cada momento del discurso en su irrupción, en la coyuntura en que aparece.¹⁹⁵

Se visualizó un modelo de representación hegemónico en salud que depende de la interpretación y las características de la sociedad y del sistema de salud vistos como un sistema de varias organizaciones, en perspectiva de la misión de sanar educando.

¹⁹² FOUCAULT, Michel. La arqueología del saber. México D.F.: Siglo XXI editores, 2010. p. 143.

¹⁹³ FOUCAULT, Michel. Nietzsche, la Genealogía, la Historia. Valencia: Edición Pretextos, 1988. p. 23.

¹⁹⁴ FOUCAULT, Michel. Nietzsche, la Genealogía, la Historia. Valencia: Edición Pretextos, 1988. 33 p.

¹⁹⁵ FOUCAULT, Michel. La arqueología del saber. México D.F.: Siglo XXI editores, 2010. p. 38-39.

Se muestra como la Universidad ha pasado de formar en saberes, a vincularse con hospitales estableciendo mecanismos para la adquisición de destrezas en la formación de profesionales en las ciencias de la salud.

La investigación dio cuenta de la recurrencia de algunos conceptos encontrados en los documentos, de igual manera se encontró la discordancia entre enunciados y así su procedencia¹⁹⁶, que a su vez facilitó reconocer el aspecto único de los involucrados en la emergencia del hospital universitario.

La responsabilidad académica va en concordancia con la responsabilidad hacia la comunidad atendida, es decir, los hospitales deben garantizar el ejercicio docente, involucrando modelos de formación, desarrollando la enseñanza conscientemente no solo desde los métodos y procedimientos médicos, los estudios patológicos y fisiopatológicos, si no también, basados en el aprendizaje en servicio.¹⁹⁷

El ejercicio desde la perspectiva permitió repensar la concepción del poder y como en el transcurso de la historia del hospital este ha tenido una connotación en la configuración de la formación en profesionales de salud, la cual emerge de relaciones entre sujetos.

La relación entre docente y hospital no solamente favorece la atención de los usuarios si no que posibilita una metodología en los procesos de formación médica, desde la estimulación del aprendizaje activo a la hora de la formación hospitalaria para profesionales en las ciencias de la salud.

Fue preciso identificar las condiciones del hospital como lugar privilegiado para la enseñanza de la medicina.

La ruptura¹⁹⁸, las transformaciones, la emergencia de diferentes discursos en su irrupción, el rastreo de la procedencia¹⁹⁹ evidencian las marcas sutiles y singulares, que se entrecruzan en los discursos relacionados con la emergencia de la formación hospitalaria para profesionales

¹⁹⁶ FOUCAULT, Michel. Nietzsche, la Genealogía, la Historia. Valencia: Edición Pretextos, 1988. p. 26-27.

¹⁹⁷ Asociación Colombiana de Medicina Interna. Taller de Focalización: Perfil profesional del médico internista. Hotel Casa Dann Carlton, Bogotá, noviembre 22 de 2001

¹⁹⁸ FOUCAULT, Michel. La arqueología del saber. México D.F.: Siglo XXI editores, 2010. p. 190.

¹⁹⁹ FOUCAULT, Michel. Nietzsche, la Genealogía, la Historia. Valencia: Edición Pretextos, 1988. p. 26-27.

en las ciencias de la salud a la luz de fuerzas políticas y educativas

El nuevo espíritu del hospital no es otra cosa que una reorganización sintáctica de la enfermedad, en el cual los límites de lo visible y de lo invisible siguen un trazo común, es decir una línea enmarcada en multiplicar, explorar y abordar saberes desde la praxis.

El análisis adelantado, trajo a consideración el planteamiento del nivel enunciativo²⁰⁰, el cual permitió interrogarse sobre el lenguaje para remitir a una u otra dirección una existencia para nombrar, designar y hacer que aparezca en sentido de verdad algún concepto; dado que no es posible partir de la base de absolutos y de verdades únicas para enunciar la verdad, para el caso de la reconstrucción de la memoria histórica, nombrada en gran medida en la emergencia del hospital universitario, esta no se superpone en el aire a partir de una sola voz, sino que se enuncia a partir de ciertas reglas de aparición y formación discursiva hasta el punto de solidificarse como comprensión de la formación hospitalaria.

La permanencia del modelo tradicional ha sido notoria durante siglos, convirtiéndolo en un lugar habitable para el desarrollo de las competencias del personal médico que busca con su proyecto de vida marcar la diferencia y salvaguardar la docencia, la enseñanza y arte de sanar.

Históricamente, en los inicios de la formación profesional, representada por la medicina, la adquisición de conocimientos y habilidades se realizaba en una relación de tutoría, lo cual en nuestros tiempos continúa siendo vigente.

La historia moderna muestra la necesidad de cambiar la enseñanza de la medicina en el pasado y forzar la adaptación y flexibilidad de las estrategias de enseñanza en el contexto de la educación para la salud. Así, el modelo Flexner se agotó y el concepto de hospital universitario tuvo que pasar de la atención primaria a un ambiente de aprendizaje complejo y con diferentes realidades sobre la enfermedad.

²⁰⁰ FOUCAULT, Michel. Nietzsche, la Genealogía, la Historia. Valencia: Edición Pretextos, 1988. p. 23.

VI. BIBLIOGRAFIA

AGUDELO C, SÁNCHEZ C. ROBLEDO R Y COL. Modelo Académico de Hospital Universitario. Universidad Nacional de Colombia. (Feb-2008)

ALLISON, J. J. (2000). Relationship of Hospital Teaching Status With Quality of Care and Mortality for Medicare Patients With Acute MI. JAMA: The Journal of the American Medical Association, 284(10), 1256–1262. doi:10.1001/jama.284.10.1256.

ARGUDÍN VASQUES Y. Educación basada en competencias: nociones y antecedentes. Editorial Trillas. México. 2005. p. 7-10.

ARROYAVE M, ISAZA P. Una perspectiva histórica del hospital. Educación médica en salud. 1989; 23:182-191.

ARTEAGA JM. El Hospital Universitario de la Universidad Nacional: Realidad en construcción. Rev Fac Med Univ Nac Colomb. 2005; 53:209–11.

Asociación Colombiana de Medicina Interna. Taller de Focalización: Perfil profesional del médico internista. Hotel Casa Dann Carlton, Bogotá, noviembre 22 de 2001

Asociación Médica Mundial Declaración de la Asociación Médica Mundial Sobre la Enseñanza Médica [en línea]. Disponible en <http://www.unav.es/cdb/ammmadrid2.html>

BÁRCENA, ALICIA. CEPAL. (15/07/2016). Mantener el modelo de desarrollo imperante ya no es más una opción viable para el mundo. Comunicado de prensa. URL: <https://www.cepal.org/es/comunicados/alicia-barcena-mantener-modelo-desarrollo-imperante-ya-es-mas-opcion-viable-mundo>

BARÓN-MALDONADO M. La enseñanza de la medicina. In Villanueva JL, Millán J, Barón M, eds. Estándares para la enseñanza de la medicina. Madrid: Fundación Lilly; 2006. p. 1-11

BOCHETTI C, ARTEAGA JM, ANTONIO M. Hospital universitario: desde el San Juan de

Dios hasta la construcción de un nuevo proyecto. Uniandeseducu; Available from:
<https://repositorio.uniandes.edu.co/handle/1992/46562>

BULGER RJ. Technology, bureaucracy and healing in America a postmodern paradigm.
Iowa City: University of Iowa Press; 1988.

Campohermoso O. Ética Bioética, Responsabilidad y Auditoria Médica. La Paz: Ed. Original
San José, 2009. Pág. 259-260

CARREÑO J. Bioética y universidad: el hospital universitario, ¿público o privado? Rev.
Cienc. Salud. 2007; 5:91-101.

CASTILLA LUNA, M., & LÓPEZ DE MESA, C. (2007). Los roles del docente en la
educación médica / The roles of the teacher in medical education. Educación y Educadores,
105-113

CASTILLO LM, NOLLA N. Concepciones teóricas en el diseño curricular de las
especialidades biomédicas. Educ Med Super. 2004;18(4).

CEPAL. 2016. Horizontes 2030. La igualdad en el centro del desarrollo sostenible. México:
Naciones Unidas-CEPAL. URL:
https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40159/4/S1600653_es.pdf

CERVANTES J. El Hospital de Jesús de la Ciudad de México. Sesión Especial de la
Academia Nacional de Medicina de Colombia de 14 de mayo de 1998

CIVEIRA F (2010). El hospital como centro nuclear para mejorar la enseñanza de la
medicina. Educ. méd. 13(supl.1):S33-S35.

COE,R. M. (1973). Sociología de la medicina. Ed. Alianza, Madrid. pp. 271-272.

DÁVILA C. Hospitales de Enseñanza. Educación Médica y Salud. 1972; 6:117-129.

DE FRANCISCO ZEA A. El Hospital de San Juan de Dios de Bogotá. Actual Enferm 1998;
1 (No. 3, sept): p. 31 -36.

DELEUZE, G. (1995). Post-scriptum sobre las sociedades de control. En G. Deleuze. Conversaciones: 1972- 1990. Valencia: Pretextos

DÍAZ-VELIS E, RAMOS R, MENDOZA C. Un reclamo necesario, la integración de los contenidos en la carrera de Medicina. Educ Med Super. 2005;19(1).

EL TIEMPO (2004) con gran regocijo el hospital universitario Clínica San Rafael celebra las bodas de diamante. son 75 años de historia que nos ilustran sobre los grandes esfuerzos realizados por varias generaciones de hermanos de la orden hospitalaria. recuperado de: <https://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-1541980>

EL TIEMPO (2004) El Hospital Universitario Clínica San Rafael es una Institución de IV nivel de complejidad, que brinda atención en salud, con un alto nivel científico y humano. Recuperado de: <https://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-1542280>.

El tiempo, disponible: <https://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-2741986>

El tiempo, disponible: <https://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-478309>

El tiempo, disponible: <https://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-969230>

El tiempo, disponible: <https://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-1631415>

ELLIOT. J. (1998). La investigación Acción en Educación. Segunda Edición Morata

ESLAVA JC. Hospital Universitario y crisis de hospitalaria en Colombia. Gerencia y Políticas de Salud 2002; No. 2.41- 48.

ESLAVA, J.C., 1999. Reflexiones sobre la planeación estratégica en la Facultad de Medicina y algunos lineamientos para el futuro, en: Revista de la Facultad de Medicina UN Col 47(2): 107-110

FERNÁNDEZ JM. Enseñando y aprendiendo ortopedia. México, DF: Lito-Grapo; 2011

FERNÁNDEZ, D. G., & AL, E. (2011). Análisis de la oferta de programas de pregrado en medicina en Colombia,. Revista Colombiana de Reumatología, 18(2), 109–120.

Flexner A, Updike DB, Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. Medical education in the United States and Canada: A report to the Carnegie foundation for the advancement of teaching. New York City: [publicador no identificado]; 1910.

Foucault M. El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica. México, DF: Siglo XXI editores; 2012.

FOUCAULT, Michael. La arqueología del saber. México D.F.: Siglo XXI editores, 2013. p. 199.

Foucault, Michel. 2004. Nietzsche, la genealogía, la historia. Valencia: Pre-Textos.

FOUCAULT, Michel. Clase del 19 marzo de 1975. En: Los Anormales. [en línea]. 1ed. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2007. p. 294. [Consultado el 26 de abril de 2020]. Disponible en: <https://programadssrr.files.wordpress.com/2013/05/foucault-michel-los-anormales-ocr.pdf>

FOUCAULT, Michel. Disciplina. En: Vigilar y Castigar. Buenos Aires: Siglo XXI. 2002. p. 125

FOUCAULT, Michel. El orden del discurso. Ed. Tusquets, Barcelona, 1987, p. 11.

FOUCAULT, Michel. El polvo y la nube. En: La imposible prisión. Paris: Editorial Anagrama, 1980. p. 42

FOUCAULT, Michel. El sujeto y el poder. Por qué estudiar el poder: la cuestión del sujeto. Bogotá: Carpe Diem Ediciones, 1991 . p. 83.

FOUCAULT, Michel. Nietzsche, la Genealogía, la Historia. Valencia: Edición Pretextos, 1988. 33 p.

FRENK J, CHEN L, BHUTTA ZA, COHEN J, CRISP N, EVANS T, ET AL. Profesionales de la salud para el nuevo siglo: transformando la educación para fortalecer los sistemas de salud en un mundo interdependiente. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2011;28:337–41.

Fundación Santa Fe. Centro de Innovación. Así vamos en salud. [Internet]. Bogotá:

¿Fundación Santa Fe Disponible en http://www.who.int/nmh/countries/col_en.pdf?ua=1

GALINDO CÁRDENAS, L., ARANGO RAVE, M. E., & LÓPEZ NÚÑEZ, J. A. (2015). Orientaciones en Didáctica para la Formación de Competencias en los Posgrados Médicos. *investigación en educación médica*, p 9

GARCÍA, C. (2006). Una aproximación al concepto de cultura organizacional. *Universitas Psicológica*, 5 (1), 163-174

GIANNASI, S. E., & DURANTE, E. (2012). La enseñanza clínica: el caso de la recorrida de sala. *REVISTA ARGENTINA DE TERAPIA INTENSIVA*, p. 29

GIMENO SJ, PÉREZ GAI. *Comprender y transformar la educación*. Ediciones Morata. Madrid, España. 11ª edición. 2005. p. 12-32.

GONZALEZ DIAZ, CARLOS; SANCHEZ SANTOS, LEONARDO. El diseño curricular por competencias en la educación médica. *Educ Med Super*, Ciudad de la Habana, v. 17, n. 4, dic. 2003. en 09 feb. 2022.

HARDEN, R., & CROSBY, J. (2000). *The Good Teacher is More Than a Lecturer: The Twelve Roles of the Teacher*. Europe: Association for Medical Education in Europe, 2000.p 22

HARTZ AJ. (1989). Hospital characteristics and mortality rates. *The New England Journal of Medicine*, 321(25), 1720–1725

HEINONEN T. Management of innovation in academia: Going beyond traditional technology Transfer. *JOTMI*. 2015;10:198–210.

http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=competencia

<http://perrerac.org/francia/michael-foucault-el-nacimiento-de-la-clinica-una-arqueologia-de-la-mirada-medica-1963/2867/>

<https://www.mineduacion.gov.co/1621/article-86437.html> Ley 30 1992

https://www.mineducacion.gov.co/1759/w3-article-231235.html?_noredirect=1

<https://www2.icfes.gov.co/web/guest/quienes-somos-2019>

HUBERT L. DREYFUS - PAUL RABINOW MICHEL FOUCAULT: más allá del estructuralismo y la hermenéutica El sujeto y el poder p256-257

ICONTEC. IPS acreditadas. [Internet]. Bogotá: ICONTEC [consultado Ene 2016]. Disponible en: <http://www.acreditacionensalud.org.co/novedades.php?IdSub=108&IdCat=25&titulo=IPS%20ACREDITADAS>

ILIZÁSTEGUI F. Factores que convulsan a la educación médica. La Habana: Instituto Superior de Ciencias Médicas;1979.

J. ARGENTE. Hospitales universitarios en España: ¿se entiende su concepto y función? (Junio 2012). Vol. 76, No 6. p. 313-316

KASTOR JA. Governance of teaching hospitals turmoil at Penn and Hopkins. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 2004. p. 368.

KOHN LT. Academic health centers leading change in the 21st century. Washington, DC: National Academies Press; 2001.

KUPERSMITH J. Quality of care in teaching hospitals: a literature review. Acad Med 2005;80(5):458-66.

La universidad en el siglo XXI. Para una reforma democrática y emancipadora de la universidad. México: UNAM / CEIICH, 2005, pág. 24.

LACLAU, E. (1998). Hegemonías y alternativas políticas en América Latina. México: Siglo Veintiuno Editores

LEWKONIA R. The functional relationships of medical schools and health services. Medical education. 2002; 36: 289-295

Life, death, and entertainment in the Roman Empire. David Stone Potter, D. J. Mattingly

(1999). University of Michigan Press. p. 63.

LIFSHITZ A, GARCÍA J. Educación en medicina; enseñanza y aprendizaje de la clínica. México: Ed. Alfil; 2006. p 26

LIFSHITZ A. La educación y la investigación en los hospitales de alta especialidad. Gac Médica Mex. 2011;147:404-6.

LUDMERER KM, JOHNS MM. Reforming graduate medical education. JAMA 2005; 294: 1083-87.

MARKAKIS KATHRYN, BECKMAN HOWARD; SUCHMAN ANTHONY; FRANKEL, RICHARD. (2000). "The Path of Professionalism Cultivating Humanistic Values and Attitudes in Residency Training". Academic Medicine. Vol. 75. USA.

MCKEE M, JEALY J (ED.). Hospitals in a changing Europe. European Observatory on Health Care Systems Series. WHO. Buckingham · Philadelphia: Open University Press. 2002

MECHANIC R, COLEMAN K, DOBSON A. Teaching hospital costs: Implications for academic missions in a competitive market. JAMA. 1998;280:1015-9.

MEDINA ML, MEDINA MG, MERINO LA. La investigación científica como misión académica de los hospitales públicos universitarios. Rev Cubana Salud Pública. 2015;41: 139-46.

MICHE, REBECA VERÓNICA VEGA. La integración de los contenidos: un reto para un plan de estudios disciplinar. Revista Cubana de Educación Superior, 2003 p 25

MILLÁN NÚÑEZ-CORTÉS J, GARCÍA-SEOANE J, CALVO-MANUEL E, DÍEZ-LOBATO R, CALVO-MANUEL F, NOGALES-ESPERT A. Relaciones de la facultad de medicina con el hospital universitario: La enseñanza de la medicina clínica. Educ. méd. 2008; 11:3-6.

MILLER, T.S. (1997) The Birth of the Hospital in the Byzantine Empire . Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press p23

Ministerio de Educación. Sistema nacional de información de la educación superior (SNIES). Consulte Instituciones y Programas del país. http://www.who.int/cardiovascular_diseases/about_cvd/es/

Ministerio de Salud y Protección Social y Ministerio de Educación Nacional. Documento de recomendaciones para la transformación de la educación médica en Colombia. Informe Comisión para la Transformación de la Educación Médica en Colombia. Bogotá. 2017.

MORALES L, CHAVARRIAGA I, BARRERO J. Las condiciones laborales y de vida de los médicos en Colombia 1996-1998. Documentos de Trabajo Fundación Corona No 3. Bogotá, 2001

MORRISON J. Learning in teaching hospitals and the community: time to get the balance right. *Med Educ* 2006;40:92-3.

MUMBY, K. (1997). The Problem of Hegemony: Re- reading Gramsci for Organizational Communication Studies. *Western Journal of Communication*, 61, (4), 343.

MUÑOZ JJ. El Primer Hospital de América y Otros Trabajos. Imprenta Patriótica del Instituto Caro y Cuervo. Santafé de Bogotá, 1995

NELSON HD, COONEY TG, KROENKE K, FRIEDMAN RH. Contributions of general internal medicine teaching units. *J Gen Intern Med* 2000; 15: 277-83.

NIETO JA. Conferencia inaugural «Rafael Casas Morales»: Evolución de la educación médica en Colombia. *Rev Colomb Cir.* 2005;20:179–91.

NOGUEIRA SM, RIVERA MN, BLANCO HF. Desarrollo de competencias para la gestión docente en la educación médica superior. *Educ Med Super* 2003; 17 (3): 1-4

NUÑEZ, J ET AL. (2008). Relaciones de la facultad de medicina con el hospital universitario. La enseñanza de la medicina clínica. *EDUC MED.* 11 (1): 3-6

NÚÑEZ, J. (2003). La gestión de la docencia en los hospitales universitarios. *Hospital General Universitario Gregorio Marañón.* Madrid p1

OPS-OMS. La garantía de calidad. Acreditación de hospitales para América Latina y el Caribe. Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud. HSD/SILOS 13; 1992

Organización Mundial de la Salud. Función de los hospitales en los programas de protección de la salud. Serie de Informes Técnicos, 122. Ginebra - Suiza. 1957

ORTIZ MARTÍNEZ JG. Hospitales universitarios en Colombia: desde Flexner hasta los centros académicos de salud. Repertorio de Medicina y Cirugía [Internet]. 2016 . Jan Hospitales universitarios en Colombia: desde Flexner hasta los centros académicos de salud University hospitals in Colombia: From Flexner to academic health centres . 31];25(1):50–8. Available from: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0121737216000029?token=DB0197D459C2909617DC6FD2DCC86B4010C1D879292F531BA3663850D53C1FFC6D0FC74B675C3564A391E2648CB10CFF&originRegion=us-east-1&originCreation=20220131230647>

PAGANINI JM. Calidad y Eficiencia de la Atención Hospitalaria, Serie HSS/SILOS-30. Organización Panamericana de la Salud, Washington. 1993.

PARRA, P., PEREZ , C., ORTIZ , L., & FASCE , E. (2010). El aprendizaje autodirigido en el contexto de la educación médica. Rev Educ Cienc Salud, p 146-151

PÉREZ DE LEAL R. Responsabilidad Civil del Médico. Buenos Aires: Ed. Universidad; 1995. Pág. 84

PERIODICO UNAL (2008) Habemus Hospital Universitario, RECUPERADO DE : <http://historico.unperiodico.unal.edu.co/ediciones/111/18.html>

PLATNER, SAMUEL BALL; ASHBY, THOMAS (1929). A topographical dictionary of Ancient Rome. Londres: Oxford University Press. p. 608.

PONCE-DE LEÓN ME. Tendencias actuales en la enseñanza de la Medicina. Estrategias del aprendizaje en medicina. I. Introducción. Gaceta Médica de México. 2004;140(3).

QUEVEDO E, QUEVEDO MC. 100 añ os de salud pública en Colombia. Revista Compensar. 2000:10.

RAÚL E, SASTRE-CIFUENTES, CARLOS GARCÍA-UBAQUE J, CARLOS, DÍAZ-CORREA A, RESUMEN. Rev Fac Med [Internet]. 2013;61(1):77–81. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v61n1/v61n1a10.pdf>

RODÉS J. La experiencia del Hospital Clínic de Barcelona: integración Facultad de Medicina-IDIBAPS-Hospital Universitario. Educ Méd. 2007;10:8–14.

RODRÍGUEZ, J. Educación Médica Graduada. [Internet]. Revista Galenus. 2017; p2. Disponible en: <http://www.galenusrevista.com/Educacion-medica-graduada.html>,

ROMÁN O, YEVENES S, GUERRA M. Estudio acerca de la situación actual de la relación docente-asistencial. Monografía, Minsal. 2000

ROSE, N. (1998). *Inventing Ourselves: Psychology, Power and Personhood* (1a Ed.). London: Cambridge University Press

SAINT-LUP E. Historia de la Medicina. La Paz: Ed- Juventud: 1992; Pág. 90-91

SARMIENTO LIMAS C. A. Comentarios A Niveles De Complejidad Y Actividades De Promoción De La Salud Y Prevención De La Enfermedad Minsalud. Proyecto de Consultoría y Asistencia Técnica con la Comisión de Regulación en Salud -CRES <https://www.minsalud.gov.co/Normatividad%20CRES/Acuerdo%2008%20de%202009%20-%20Anexo%203%20-%20Comentarios%20complejidad%20y%20promocion%20de%20la%20salud%20y%20prevencion%20enfermedad.pdf>

SASTRE-CIFUENTES, RAÚL ESTEBAN; GARCÍA-UBAQUE, JUAN CARLOS; DÍAZ-CORREA, CARLOS ALBERTO *Construyendo Hospital Universitario: Justificación y propósito* Revista de la Facultad de Medicina, vol. 61, núm. 1, 2013, pp. 77-81 Universidad Nacional de Colombia Bogotá, Colombia

SETHURAMAN KR. Ethics of patient care by trainee-doctors in teaching hospitals. J Postgrad Med 2003;49(2):160-2.

SIGERIST HE. *On the Sociology of Medicine*. New York. MD Publications Inc, 1960 p 13

SOLER-DURALL C. Reflexiones sobre el hospital: su función en la formación de médicos. *Educ Méd.* 2010;13:71–5.

Sounding Board. The social missions of academic health centers. *The New England Journal of Medicine*. November 20, 1997; 337(21):1550-1153; Cezar AM. Los hospitales universitarios: pasado, presente y futuro. *Cuadernos Médico Sociales*. 2001; 79: 119-12

TEDESCO, J. C 1990: “La Educación y el desarrollo en América Latina” en *Documento*, Año IV No. 5

TIMANA, QUEIPO, 1987: “Una reforma que no reformó la Universidad” en *Revista Educación y Cultura* No. 12, Bogotá pág. 51

TORRES C, SOLIMANO G. Formación de médicos especialistas en el contexto de la Reforma de Salud. Monografía Escuela de Salud Pública, 2005.

Unimedios. Hospitales universitarios: Modelo de vanguardia en la prestación de servicios de salud en el mundo. *Claves para el debate público*. 2008; 18:1-22.

Universidad de Antioquia. Los doce principios de la seguridad social en la ley 100. <http://aprendeonline.udea.edu.co/lms/moodle/?redirect=0>

Universidad de la Sabana. Plan de estudios Facultad de Medicina 2015 [Documento en Internet]. Bogotá: Universidad de la Sabana [citado 20 Oct 2015]. Disponible en: <http://www.unisabana.edu.co/especializaciones-medico/especializacion-en-medicina-fisica-y-rehabilitacion/plan-de-estudios/>

Universidad Nacional. Red Salud, 2001. Taller Hospital Universitario: Relatorías, noviembre, material inédito.

VALDERRAMA ANDRADE E. Oración Maestro de la cirugía colombiana año 1983. *Sociedad Colombiana de Cirugía* 83: p. 56-61

VÁSQUEZ T. La Constitución del 91, entre los derechos y el modelo de desarrollo. Ciudadanía, derechos económicos, sociales y culturales y medidas de ajuste económico.

Instituto de investigación y debate sobre la gobernanza. 2006.

VERA O. Ética y Bioética Médica. La Paz: Ed. Élite Impresiones; 2014. Pág. 28-29

VICEDO A. Ciencias básicas biomédicas. Origen, desarrollo y tendencias actuales. En: Aneiros-Riba R, Vicedo A (eds). Las ciencias básicas en la educación médica superior. Madrid: Editorial Síntesis; 2001.

VICEDO T. Abraham Flexner: pionero de la educación médica. Rev cubana Educ Med super. Instituto de Ciencias Básicas y Preclínicas “Victoria de Girón” 2002;16:156–63. Rev Cubana Educ Med Super 2002;16(2):156-63.

VIDAL, C.; Quiñónez, J., 1986. Integración docente asistencial, en: Educación Médica y Salud 20(1): p 1-18.

WILLIAM G, C., KRITTEK, P., CLAY , A., LUKS , A., & THOMSON , C. (2016). Teaching at the bedside: Maximal impact in minimal time. Annals of the American Thoracic Society, 545 – 548

VII. ANEXOS

- Tematizaciones

https://1drv.ms/u/s!AsS_WoVTk8EggaRJJbVJ2gZ7gIU1Og?e=BGmwRM

- Masa documental

https://1drv.ms/u/s!AsS_WoVTk8EggaRGqSEbM-htFZEUsw?e=cYu4JI

- Construcción de enunciados
 - Temáticas
 - Organización semántica
 - Organización por significación
 - Migración de categorías
 - Enunciados

https://1drv.ms/u/s!AsS_WoVTk8EggbJL1vxTnUHzC0M2Eg?e=RDIWy1