

**ONTOLOGÍA CRÍTICA DEL PRESENTE
EN LA EDUCACIÓN MÉDICA
COLOMBIANA
(1992 – 2018)**

**-EMERGENCIA DE LA RELACIÓN
MÉDICO-PACIENTE-**

**Nelly Hernández Molina
Jorge Eliécer Martínez Posada**

UNIVERSIDAD DEL TOLIMA

2019

Hernández Molina, Nelly

Ontología crítica del presente en la educación médica colombiana (1992 – 2018) : emergencia de la relación médico – paciente / Nelly Hernández Molina, Jorge Eliécer Martínez Posada. -- Ibagué: Universidad del Tolima, 2019.

324 p. : tablas, figuras

Contenido: El presente de la educación médica en Colombia : algunas transformaciones y emergencias -- Un modo posible de historiar el presente de la educación médica colombiana y su incidencia en la relación médico-paciente -- Acerca de lo dicho en la educación médica de pregrado en Colombia -- Fuerzas en conflicto -- Sujetos y subjetividades en constitución -- A modo de corolario.

ISBN: 978-958-5569-05-8

1. Sistema general de seguridad social en salud - Colombia 2. Médico y paciente 3. Educación médica I. Título II. Martínez Posada, Jorge Eliécer

610.696

H557o

© Sello Editorial Universidad del Tolima, 2019

© Nelly Hernández Molina y Jorge Eliécer Martínez Posada

Primera edición electrónica

ISBN electrónico: 978-958-5569-05-8

Número de páginas: 282

Ibagué-Tolima

Ontología crítica del presente en la educación médica colombiana (1992 – 2018):
emergencia de la relación médico – paciente

Facultades de Ciencias y Ciencias de la Salud
Grupo de investigación en Indaguemos salud

publicaciones@ut.edu.co

nhernandezmo@ut.edu.co

Impresión, diseño y diagramación por PROVEER PRODUCTOS Y SERVICIOS S.A.S

Fotos: MABEDYLO

Corrector de estilo: Carlos Alfonso Quimbayo

Todos los derechos reservados. Prohibida su reproducción total o parcial por cualquier medio, sin permiso expreso del autor.

Contenido

Presentación5

Capítulo 1

El presente de la educación médica en Colombia.

Algunas transformaciones y emergencias 11

Capítulo 2

**Un modo posible de historiar el presente de la educación
médica colombiana y su incidencia en la relación**

médico-paciente21

Capítulo 3

**Acerca de lo dicho en la educación médica de pregrado
en Colombia37**

- 3.1. Prácticas discursivas y no discursivas que contextualizan la
educación médica de pregrado 40
 - 3.1.1. Influencia religiosa y griega45
 - 3.1.2. Influencia de los grupos sociales dominantes 54
 - 3.1.3. ¿Libertad para ejercer o libertad para enseñar?57
 - 3.1.4. Educación médica colombiana, entre la influencia
europea y norteamericana61

3.1.5. Entre la asistencia médica y la promoción de la salud.....	67
3.1.6. Reorientación de la enseñanza para rediseñar al médico	75
3.1.7. Lineamientos gubernamentales nacionales.....	85
3.2. Saberes que circulan en los pregrados de educación médica	97
3.2.1. Saberes previos a la admisión en calidad de estudiante	99
3.2.2. Saberes que fundamentan las posiciones posibles del médico general	102
3.2.3. Estrategias de formación: con los pies puestos en el pregrado y la mente en la especialización.....	143

Capítulo 4

Fuerzas en conflicto151

4.1. De la atención primaria en salud a la atención primaria renovada	154
4.2. La Educación médica como dispositivo	164
4.3. Desplazamiento del médico y del paciente	184
4.4. Prácticas-docencia-servicio. El eslabón para la normatización	195
4.5. El plan de estudios: un campo de resistencias	201

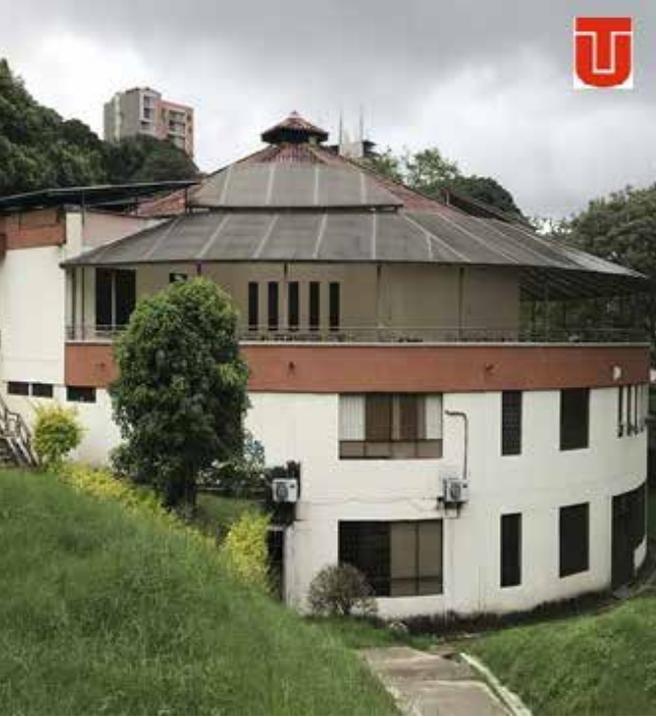
Capítulo 5

Sujetos y subjetividades en constitución215

Capítulo 6

A modo de corolario235

Bibliografía.....247



Fuente: Los autores

PRESENTACIÓN

“Nuestra libertad se juega (...) en la idea que nos hacemos de nuestro conocimiento y de sus límites.”

(Foucault, El nacimiento de la biopolítica, 2007, pág. 13).

A lo largo de las tres últimas décadas han tenido lugar una serie de desplazamientos que atraviesan la educación médica, los cuales, soportados por mecanismos que orientados al logro de la meta Salud Para Todos, tensionan las racionalidades políticas que tienen que ver particularmente con los sectores: salud y educación superior. Dichas tensiones inciden en los saberes y en las estrategias del proceso de formación, contribuyen a la configuración de nuevas posiciones para los sujetos médicos y constituyen nuevos modos de funcionamiento de las relaciones médico-paciente, en las que estudiantes de medicina, médicos y comunidad se ven impelidos a auto-gestionarse.

Este estudio problematiza la educación médica que se ofrece en los programas de pregrado de medicina en Colombia, y sus efectos en la relación médico-paciente, lo cual es asumido como una práctica discursiva susceptible de ser estudiada, haciendo uso de las herramientas propuestas por Michel Foucault.

Se parte de la pregunta por la emergencia de múltiples transformaciones enunciativas que ha tenido la relación médico-paciente en las últimas décadas, y la incidencia de las prácticas gubernamentales de la educación médica, en la emergencia de



cierto tipo de sujeto, que desde sus diversas posiciones da lugar a otros énfasis y modos de funcionamiento de la relación médico-paciente en Colombia, en el período comprendido entre 1992 y 2018.

El abordaje de la educación médica en Colombia, en el sentido de práctica gubernamental, permitió evidenciar la emergencia de la relación médico-paciente, producto de fuerzas cambiantes que visibilizan el gradiente epistemológico que la ha soportado hasta el momento histórico presente, en el que predominan prácticas discursivas, efecto de ideologías políticas y de mercado, que dan lugar a que esta se constituya en el eslabón o bisagra que conecta la producción económica de la salud con el consumo al exterior del sistema de salud, movilizadora por el deseo, bien sea del médico o del paciente, en diferentes direcciones, tanto hacia el sector salud, en lo relacionado con el consumo de servicios de atención, acciones terapéuticas, diagnósticos y tratamientos, como hacia el sector educación, toda vez que el estudiante de medicina, desde el pregrado, en tanto empresario de sí mismo, se ve impelido a adelantar estudios, ya sea de educación continuada o de postgrado, que le permitan validarse como sujeto apto para el mercado laboral cambiante.

El estudio se funda en los acercamientos y análisis de la serie saber-poder-sujeto, propuesto por Michel Foucault, desde los cuales da cuenta de un entramado posible de relaciones de poder que emergen y se sustentan en las prácticas y las formaciones discursivas que circulan y con las que se produce la educación médica. Enfatiza en la región del pregrado de medicina, en lo que tiene que ver con la relación médico-paciente en Colombia, desde lo que Foucault considera el quehacer de un intelectual situado en el campo objeto de estudio (1979):

Dar instrumentos de análisis (...) tener del presente una percepción espesa, amplia, que permita percibir dónde están las

líneas de fragilidad, dónde los puntos fuertes a los que se han aferrado los poderes, donde estos poderes se han implantado. Dicho de otro modo, hacer un croquis topográfico y geológico de la batalla... Ahí está el papel del intelectual. Y ciertamente no en decir: esto es lo que debéis hacer. (Foucault, *Microfísica del Poder*, 1979, pág. 109).

De igual manera, historiza parte de la educación médica colombiana especialmente en lo que constituye el conjunto de prácticas gubernamentales, por cuanto allí tiene lugar la conducción de los sujetos-estudiantes, desde otros y desde sí mismos, de acuerdo con algunos regímenes de verdad presentes en la educación médica en Colombia. El período de tiempo abordado corresponde al comprendido entre 1992 y 2018.

La pregunta generadora de esta investigación es: ¿De qué manera las prácticas gubernamentales de la educación médica en Colombia constituyen el modo como el médico se relaciona con el paciente?

Adoptar la perspectiva foucaultiana para adelantar el estudio implicó precauciones epistemológicas tenidas en cuenta al hacer uso de la arqueología, la genealogía, la gubernamentalidad, así como la innovación metodológica que ofrece un acercamiento a las acciones de sí sobre sí, en el sentido de estrategias de los estudiantes en su devenir médico, narradas a través de bitácoras.

La arqueología enfocada al saber, describe, de acuerdo con la pertinencia, lo dicho por discursos que circulan sobre y en la educación médica de pregrado, acerca de la relación médico-paciente, analizados en la modalidad de archivo. La genealogía está orientada al análisis de las fuerzas que interactúan en la relación saber-poder, en clave de tecnologías de gobierno, las cuales operan no sobre los individuos, sino a partir de la regularización de los ambientes educativos en que tiene lugar la conducción de la conducta de los estudiantes de pregrado en su ir

haciéndose médicos generales. De igual manera, se llevó a cabo el análisis de las actuales formas de la relación médico-paciente, así como de las técnicas de subjetivación de los sujetos, las cuales se visibilizan en el plano de lo enunciable, y que constituyen un médico general multipropósito, en el sentido de que no se refiere a individuos consientes que producen las prácticas discursivas, sino a sujetos producidos por estas a partir de indicaciones y prescripciones que determinan sus modos de hacer, hacerse y ser en el mundo.



Fuente: Los autores

Capítulo 1

EL PRESENTE DE LA EDUCACIÓN MÉDICA EN COLOMBIA.

ALGUNAS TRANSFORMACIONES Y EMERGENCIAS

Los nuevos enfoques, nuevos métodos, nuevas metas, nuevas prescripciones, nuevos enunciados, nuevos discursos y nuevas prácticas que caracterizan la década del noventa del siglo pasado, propician una problematización posible, entre muchas, en el sentido de encontrar respuestas acerca de las transformaciones y emergencias que configuran el presente de la educación médica colombiana y las condiciones de posibilidad que en este marco tiene la relación médico-paciente.

La delimitación temporal sitúa el inicio de la década del noventa como el momento en que Colombia, en el marco de la Conferencia de Promoción de la Salud y Equidad, realizada en Bogotá en 1992 (Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, 1992), adopta las recomendaciones sugeridas para alcanzar la meta “Salud para todos en el año 2000”, propuesta durante la Conferencia Internacional de Atención Primaria en Salud, en Alma-Ata, Kazajistan (Organización Mundial de la Salud, 1978), y ratificada en 1986 durante la Primera Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud, que tuvo lugar en Ottawa, Canadá (Organización Panamericana de la Salud, 1986). En lo que tiene que ver con la educación médica, estas recomendaciones fueron precisadas a través de los mecanismos de control y gestión, establecidos por el Consejo Nacional para el Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud

(Colombia. Presidencia de la República, 1992) y en la Ley 30 de 1992 (Colombia, Ley 30 de 1992, 1992).

Las reformas “inducen toda una serie de efectos en la realidad: se cristalizan en unas instituciones, informan el comportamiento de los individuos, sirven de clave a la percepción y a la apreciación de las cosas” (Foucault, 1980, pág. 70), y ejercen efectos posibles de evidenciar en la educación médica colombiana.

Puede afirmarse que tales regímenes de verdad inciden en la educación médica, por cuanto las racionalidades¹ en procura de alcanzar el objetivo “salud para todos”, confluyeron en el Programa de Colaboración Internacional para la Reorientación de la Educación Médica, propuesto por la Federación Mundial para la Educación Médica (The World Federation of Medical Education, 1998), el cual fue adoptado en América Latina y el Caribe.

Lo anterior coincide con la reorganización de los poderes del Estado, que tuvo lugar en el ámbito nacional en el marco de la Constitución Política de 1991 (Asamblea Nacional Constituyente-Constitución Política de Colombia, 1991), con lo cual las responsabilidades de la gestión de los sectores educación y salud, hasta entonces de injerencia del sector público, fueron redistribuidas a entidades de los sectores privado y mixto. De manera simultánea, los sujetos de estos ámbitos [usuarios, estudiantes, docentes, prestadores de servicios, entre otros] comenzaron a ser redireccionados por normas, procedimientos financieros, mecanismos de auditoría y evaluación, dando lugar a que la prestación de los servicios en educación y salud fuera transferida a entidades comercializadoras, las cuales

1 El concepto de racionalidad es utilizado por Foucault para referirse al funcionamiento histórico de prácticas que se insertan en ensamblajes de poder. “Tales conjuntos de prácticas son racionales, en la medida en que proponen unos objetivos hacia los cuales debe ser dirigida la acción, la utilización calculada de unos medios para alcanzar esos objetivos y la elección de unas determinadas estrategias que permitirán la eficaz articulación entre medios y fines o, en su defecto, el uso de los efectos imprevistos para un replanteamiento de los propios fines” (Castro-Gómez, 2013, pág. 34)

controlan de diversas maneras la educación médica. Las nuevas condiciones fueron oficializadas e implementadas en reformas de los sectores educación, definidas mediante la Ley 30 de 1992 (Colombia, Ley 30 de 1992, 1992), y salud, mediante la Ley 100 de 1993 (Colombia, Ley 100 de 1993, 1993). Cabe preguntarse: ¿Qué efectos producen las reformas de la educación y del sistema nacional de salud, en la educación médica?

La Ley 30 de 1992, al garantizar “la autonomía universitaria”, posibilitó el aumento de la oferta de programas de educación médica de pregrado en “más de ciento cincuenta por ciento, pasando de veintiún [programas] en 1992, a cincuenta y nueve en 2011.” (Rozo & Escobar, 2011, pág. 19). Así mismo, dentro de la política de calidad de la educación, estableció los lineamientos para el rediseño curricular con el consecuente traslado de los planes de estudio a créditos y competencias, en congruencia con lo propuesto por instituciones de carácter internacional.

De esta forma, la educación médica de pregrado entró en procesos de rediseño y reestructuración curricular, que permitieron implementar las “veintidós acciones” propuestas en el marco del Programa de Colaboración Internacional para la Reorientación de la Educación Médica, antes citado, cuyos lineamientos generaron “cambios en la educación teórica y la en formación práctica de los profesionales.” (Organización Mundial de la Salud, 1986).

¿Cómo se presenta en estos discursos la relación médico-paciente en calidad de saber para el ejercicio profesional?

El nuevo enfoque re-direccionó la educación médica de pregrado, llevándola del énfasis en la atención para la consecución de la salud de los enfermos, al desarrollo de capacidades para “la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y el autoaprendizaje” (Organización Panamericana de la Salud Organización Mundial de la Salud, 1988), y para la educación, investigación y administración, inducidas por los

requerimientos definidos en los Estándares de Calidad de la Educación Superior para las Ciencias de la Salud. (Ministerio de Educación Nacional Decreto 0917, 2001). Surge en este apartado el siguiente interrogante: ¿Cómo inciden los parámetros de calidad de la educación médica en la relación médico-paciente?

Concomitante con lo anterior, la Ley 100 de 1993 reformó el Sistema de Salud, desplazándolo de un modelo paternalista, soportado en el Sistema Nacional de Salud, a un modelo descentralizado que reconoce el derecho a la salud de los ciudadanos, la autonomía del enfermo y su capacidad de agenciamiento, reflejado en el Sistema General de Seguridad Social. Es necesario preguntarse: ¿Cuáles son las condiciones en las que los discursos de la educación médica, acerca de la relación médico-paciente en Colombia, se constituyen en estrategia para el agenciamiento de sujetos?

La reorganización dio lugar a la articulación entre el sector educativo y el sector salud, de modo que las reformas al sistema de salud incidieran en la educación médica, toda vez que el sistema define y regula “los escenarios de práctica del área de la salud” en los que se desarrollan las “prácticas formativas de los estudiantes de medicina”, en el marco de la relación docente-asistencial (Ministerio de Salud. Decreto 190 de 1996, 1996), que años más tarde fue reformado con la reglamentación de los convenios docencia-servicio.

De esta manera surgen modalidades y escenarios de práctica, en los que emergen nuevas relaciones interinstitucionales y con los actores: “Empresa Promotora de Salud, Institución Prestadora de Salud; Empresa Promotora de Salud – afiliado-; Institución Prestadora de Salud –usuario; Aseguradora de Riesgos Profesionales – empresa; Aseguradora de Riesgos en Salud – empleado” (Colombia. Congreso de la República, Ley 100 de 1993). Estos contextos de aplicación de las reformas del sistema de salud son espacios en los que tienen lugar prácticas

gubernamentales de sujeción y de subjetivación de los estudiantes de medicina, mismos en los que el interés y compromiso ético para con el enfermo compiten con el interés y compromiso ético para con el escenario de práctica.

En este sentido, ¿cuáles son los regímenes de verdad que condicionan la relación entre el estudiante de medicina y el enfermo en los escenarios de práctica, y de qué manera es educado el estudiante de medicina en los campos de práctica?

Los indicadores de calidad de la educación superior y de la atención en salud establecen lo que hoy se acepta como válido, en términos de lo que el estudiante de medicina debe aprender, del tiempo que como médico deberá dedicar a cada paciente, de los métodos diagnósticos que puede solicitar, de los tratamientos que puede ordenar, no según lo requerido para el enfermo, ni acorde con los avances de la profesión, sino con lo permitido por los regímenes de jurisdicción, dando lugar a prácticas gubernamentales en la educación médica, particulares de la actualidad. Surge, entonces, la pregunta: ¿De qué modo funcionan las prácticas de gobierno en los escenarios de práctica a los que asisten los estudiantes de medicina actualmente? Los cambios anteriores se acompañan de nuevos enunciados que desplazan el de relación entre el médico y el enfermo: Médico / empleado / prestador de servicios. Enfermo / paciente / usuario / afiliado / consumidor / cliente. Dichos cambios generan diversos interrogantes: ¿De qué manera se articula esta cadena de enunciación?, ¿cómo ha tenido lugar este desplazamiento y sustitución?, ¿cómo fue el tránsito de la relación: médico-enfermo, al de la relación: prestador de servicio-usuario en Colombia?, ¿cómo funcionan las prácticas gubernamentales que las soportan?, ¿qué relaciones saber-poder-sujeción emergen de los nuevos modos de enunciación?

Los desplazamientos repercuten en el quehacer del médico, en su relación inmediata y continua con el enfermo hasta resolver

la situación que convoca el encuentro. Al respecto Pedro Laín Entralgo² plantea:

Dos utopías han pretendido quitar a la relación entre el médico y el enfermo su carácter inmediato; la mentalidad mágica y la mentalidad técnica (...) ambas aspiran a demostrar que el encuentro personal del médico y del enfermo no es condición necesaria para el recto ejercicio de la medicina. (Lain Entralgo, 1983, pág. 19).

A lo anterior, desde la perspectiva foucaultiana hay que agregar una tercera, las tecnologías de gobierno. Es propicio interrogar: ¿Qué saberes de la educación médica posicionan la relación médico-paciente?, ¿cuál es la finalidad de la relación médico-paciente que emerge en los programas de educación médica en Colombia?

Solo al resolver los interrogantes que orientan la problematización, se podrá conocer cómo se constituye la relación médico-paciente, a partir de las prácticas gubernamentales establecidas en los programas de educación médica en Colombia, entre 1992 y 2018.

La importancia y pertinencia de la investigación están dadas por la concurrencia de innovaciones en la educación médica que se ofrece en los diferentes países de América Latina, lo cual coincide con las transformaciones en los sistemas de salud y educación. Cambios que se hallan fuertemente orientados por racionalidades de carácter económico y financiero que por no ser específicas de la medicina como profesión resulta perentorio descifrar. Por ello, analizar los discursos desde la perspectiva foucaultiana permite a la comunidad médica una mirada crítica posible a las relaciones de poder que subyacen en las nuevas

2 Pedro Laín Entralgo (1908-2001), Médico psiquiatra, Doctorado en filosofía honoris causa por universidades de Perú y de Estados Unidos, ensayista y escritor español. Se desempeñó como catedrático de Historia de la Medicina, abordó la historia de España y posteriormente la historia de saberes médicos en los que enfatizó en la relación médico-enfermo. Hizo de la historia un método para comprender los acontecimientos humanos.

prácticas gubernamentales de la educación médica, toda vez que, en la condición de profesionales formados para el desempeño de ciencias aplicadas, pocas veces son reconocidos los efectos del poder en el campo de saber en el que se desenvuelve, al que constituye y en el que es constituido.

En las variadas problematizaciones en torno de la educación médica se destaca la demanda que se le hace para resolver las dificultades en la implementación del sistema de salud. En particular:

Con respecto a la relación médico-paciente, se le carga la responsabilidad de corregir los errores de la práctica médica y, una vez más, se les pide a los responsables de la relación defectuosa entre el médico y el paciente, que garanticen que sus estudiantes no seguirán la senda equivocada. (Byrne Niall & Rozental, 1994).

Por ello, para la comunidad académica interesada en las investigaciones sobre esta área resulta de interés el estudio, comprensión y análisis acerca de lo dicho acerca de la relación médico-paciente, la finalidad a la que se orienta, las acciones que tienen lugar o que se realizan; lo permitido, lo prohibido, lo visibilizado y lo oculto o negado; lo que se asume desde el discurso como verdadero y como falso; lo continuo, lo discontinuo, lo trastocado, lo específico, lo exteriorizado, lo materializado y lo repetitivo (Foucault, 1992, págs. 14-59), ante lo aceptado, lo definido, lo autorizado, lo impuesto y lo controlado por las fuerzas intra y/o extra-institucionales.

Con frecuencia se señala la influencia de las reformas de la educación superior y del sistema de salud, pero instancias distintas también contribuyen en la cotidianidad a la producción de cierto saber acerca de la relación que el médico establece con el paciente, sean relatos, quejas, demandas legales referidas al proceder de los médicos, o narrativas médicas expresadas en las historias clínicas que realizan diariamente. Es decir, que tiene

lugar una interacción de factores del orden normativo, empírico y crítico que por no acceder al estatuto de cientificidad no suelen visibilizarse, razón por la cual deben ser develados.

El presente texto amplía el campo de reflexión sobre la incidencia de la educación médica de pregrado en la relación médico-paciente, superando la etapa diagnóstica, toda vez que serán analizados no solo los qué, ni los para qué de la relación médico-paciente, sino también la manera como esta se constituye en las prácticas gubernamentales de la educación médica, a partir de tecnologías y racionalidades políticas.

Historiar las diferentes formas por las cuales el estudiante de medicina es conducido a ir haciéndose médico en relación con los pacientes, permite visibilizar estrategias en la formación del estudiante que actúan de manera difusa en la constitución de un tipo de médico que muta en su posibilidad de constituirse, no solo desde la perspectiva de los profesionales de la medicina, sino desde la perspectiva de otros y por otros.

Lo anterior permite reconocer, tanto por qué somos gobernados así, como los espacios de libertad, en los que resulta posible repensar otros modos de incidir en la relación médico-paciente. Como lo plantea Foucault: “cómo no ser gobernado de esa forma, en el nombre de esos propósitos-principios, en perspectiva de tales objetivos, y por medio de tales procedimientos.” (Foucault, 1995, pág 11).

De igual forma, historiar la relación entre el médico y el paciente, su finalidad, la constitución del sujeto médico, y los saberes que acerca de ella circulan en la educación médica en Colombiana, en el período comprendido en el estudio, permite, desde el ámbito universitario y desde el ámbito gremial, imaginar otras formas posibles de diagnosticar los problemas, otras formas para proponer nuevas estrategias curriculares, para que los profesores de medicina se reconozcan también como sujetos educadores e investigadores educativos y, por tanto, se planteen otras formas de contribuir a constituir sujetos y subjetividades.



Fuente: Los autores

Capítulo 2

UN MODO POSIBLE DE HISTORAR EL PRESENTE DE LA EDUCACIÓN MÉDICA COLOMBIANA Y SU INCIDENCIA EN LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

“Cada sociedad tiene su régimen de verdad, su política general de la verdad: es decir, los tipos de discursos que ella acoge y hace funcionar como verdaderos; los mecanismos y las instancias que permiten distinguir los enunciados verdaderos o falsos, la manera de sancionar unos y otros; las técnicas y los procedimientos que son valorizados para la obtención de la verdad; el estatuto de aquellos encargados de decir qué es lo que funciona como verdadero”

(Foucault, 1979, pág. 187).

A bordar las prácticas gubernamentales de la educación médica en Colombia, desde la perspectiva propuesta por Michel Foucault, precisó el desarrollo de tres procesos interdependientes: arqueológico, genealógico y de las posiciones de los sujetos que emergen.

Se trata de un “análisis limitado” de un “conjunto de discursos accesibles”, en los cuales, desde su positividad empírica, que se evidencia en la recurrencia de enunciados y en su condición de aceptabilidad e indiscutida institucionalización, resulta posible establecer cierto número de relaciones descriptibles, que configuran o dan lugar a los objetos, las enunciaciones, los conceptos y las estrategias del discurso, a fin de identificar los mecanismos de sujeción, que, aunque visibles, suelen ser imperceptibles, dada la naturalización de las relaciones saber-poder que tienen lugar en la cotidianidad.

La arqueología corresponde a la descripción de las cosas efectivamente dichas en la educación médica de pregrado en

Colombia, a propósito de la relación médico-paciente, en su condición de saber; es decir, que incluye no solo lo reconocido como científico, sino lo dicho en diferentes ámbitos con niveles de reconocimiento y validación cambiantes, procurando evidenciar la finalidad de la relación médico paciente y los sujetos que en ella participan, a través de los saberes que le han otorgado el estatuto de actividad profesional en diferentes épocas y lugares.

Es un paso metodológico por tratarse de la transposición didáctica de un método de la antropología que es trasladado por Michel Foucault a las ciencias humanas; puede ser considerada como un dispositivo, en el sentido de una caja de herramientas en la que no es obligatorio usar todos los instrumentos, pero en la que sí se pueden encontrar muchas herramientas, materiales, recursos, objetos, discursos, análisis, constructos, definiciones, diferenciaciones, comparaciones que son útiles y que podrían ser utilizados (...), las piezas de la búsqueda corresponden a los enunciados que están dispersos en los diferentes discursos. (Arias Murillo, 2015).

En tal sentido, se delimitaron como campo los discursos sobre la educación médica y, al interior de este vasto campo, se rastrearon las funciones enunciativas atinentes a la relación médico-paciente. De esta manera, el momento arqueológico puntualizó las prácticas gubernamentales de la educación médica colombiana, en relación con la verdad, a través de la cual los estudiantes de medicina se constituyen como sujetos de conocimiento, respecto de la forma como funciona la relación entre el médico y el paciente. (Foucault, Saber y verdad, 1985).

El archivo específico fue elaborado, en el sentido de “sistema general de la formación y de la transformación de los enunciados”, en el que estos fueron asumidos “no como una

unidad de tipo lingüístico, sino como una función enunciativa.”³ (Morey, 1983). Los enunciados fueron agrupados tras ser hallados en frases o proposiciones con contenidos fijados en contextos témporo-espaciales particulares que los determinan.

El archivo, en tanto registro de los enunciados dispersos, de manera general permite observar dónde hablan y qué dicen respecto del problema; de ahí que cada problema requiera de su propio archivo; este permite establecer la polisemia del enunciado, es decir, muestra las diferentes formas en que el enunciado es visto y entendido desde multiplicidad de prácticas, lo cual permite a su vez construir a partir de su descripción un nuevo discurso. (Arias Murillo, 2015).

Para la elaboración del archivo se realizó la búsqueda, la localización y la revisión minuciosa de los enunciados, en textos que fueron fragmentados, delimitados, analizados “en función de los datos del problema; focalización del análisis sobre los elementos susceptibles de resolverlo; establecimiento de las relaciones que permitan esta solución.” (Morey, 1983, pág. 42).

Los discursos que hacen parte de la masa documental, fueron ubicados en las siguientes instancias e instituciones:

- Academia Nacional de Medicina
- Archivo General la Nación
- Asamblea Departamental del Tolima
- Biblioteca Banco de la Republica
- Escritos de estudiantes: bitácoras.
- Organización Mundial de la Salud
- Organización Panamericana de la Salud

3 Función que en lugar de dar sentido a esas unidades, las pone en relación con un campo de objetos; en lugar de conferirles un sujeto, les abre un conjunto de posiciones subjetivas posibles; en lugar de fijar sus límites, las coloca en un dominio de coordinación y coexistencia; en lugar de determinar su identidad, las aloja en un espacio en que son aprehendidas, utilizadas y repetidas. (Morey, 1983, pág. 194).

- Corporación Universitaria Remington
- Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud
- Fundación Universitaria Sanitas
- Hemeroteca de la Biblioteca Luis Ángel Arango
- Hemeroteca de la Biblioteca de la Universidad Javeriana
- Universidad Nacional de Colombia
- Universidad del Tolima
- Universidad de Caldas
- Universidad de los Andes
- Universidad del Cauca
- Universidad del Quindío
- Universidad Tecnológica de Pereira
- Pontificia Universidad Javeriana
- Schering Corporation de Cultura Colombiana.

El archivo está conformado por grupos de discursos diferentes que se articulan entre sí, organizados por épocas y por temáticas, de acuerdo con los criterios que permiten establecer grupos unitarios de enunciados, definidos por las reglas de formación de los objetos, de los conceptos, de las modalidades enunciativas y de las estrategias. (Foucault, *Qué es usted, profesor Foucault?*, 2013).

El archivo incluyó el corpus documental dividido en dos grandes bloques: de una parte, los discursos gubernamentales globales, nacionales e institucionales locales; y de otra, los testimonios sobre las prácticas cotidianas, en las que participan los estudiantes de Medicina de la Universidad del Tolima, narrados en bitácoras. Ambos interactúan a través de las prácticas discursivas, y corresponden a múltiples sistemas de relaciones entre enunciados que emergen en la superficie de diferentes campos. En tal sentido, los discursos fueron tratados no como conjuntos de signos, sino como “prácticas que forman sistemáticamente los objetos de que hablan.” (Foucault, 2006, págs. 76 - 79).

El conjunto de enunciados que permitieron establecer el referencial o ley de dispersión de los diferentes objetos o referentes (Foucault, 2013, pág. 243), fue establecido a partir de segmentos tomados de los siguientes discursos:

- Documentos relacionados con la política de la educación superior nacional e internacional (UNESCO, Constitución Política de Colombia, Ministerio de Educación Nacional).
- Documentos de la política de salud en los ámbitos nacional e internacional (Ministerio de Salud, Ministerio de Trabajo y Protección Social, Banco Interamericano de Desarrollo, Banco Mundial, Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud).
- Documentos de orden nacional e internacional, que prescriben la educación médica en Colombia.
- Documentos del Sistema de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior en Colombia, que reglamentan la educación médica en Colombia.
- Memorias de congresos nacionales e internacionales sobre educación médica. Escritos de estudiantes del programa de Medicina de la Universidad del Tolima (bitácoras).

La revisión exhaustiva de estos discursos, en procura de una aproximación a la educación médica colombiana, su decibilidad, la gubernamentalidad que entraña, las relaciones saber-poder-sujeto y las vicisitudes de la relación médico-paciente que emergen en ella, posibilitaron la elaboración del archivo específico para este estudio

Para establecer las transformaciones de los enunciados, los campos que intersectan y las condiciones de su aparición, fue retomada la producción teórica que antecede a los elementos

centrales de la presente investigación [la que a su vez fue fuente del archivo], a fin de establecer la positividad del discurso.

Los fragmentos seleccionados fueron tratados como monumentos,⁴ distanciándose de la interpretación y de la veracidad de estos, así como de las nociones de autor, libro, obra, origen y relación causa-efecto, a fin de: “determinar la ley de existencia de los enunciados y sus regímenes de coexistencia con otros enunciados y con otras prácticas discursivas o no discursivas.” (Morey, 1983, pág. 212).

En la descripción y análisis de las prácticas gubernamentales de la educación médica de pregrado en Colombia fue preciso reconocer cada núcleo de información como un nodo dentro de una red, cuya eficacia significativa emerge al entrar en relación con lo dicho en otras instancias.

La descripción de los enunciados implicó el análisis de las formas de coexistencia enunciativa que configuran las formaciones discursivas (Foucault, 2013), lo cual permitió evidenciar la dispersión del saber que sobre la relación médico-paciente circula en la educación médica, así como establecer espacios en que esta emerge como un evento “singular”, que tiene lugar en unas instancias, se produce y es generada a partir de discursos, y constituye subjetividades, en unas condiciones de existencia que hacen posible la aparición de una determinada función enunciativa, y no otra, en su lugar.

En relación con la existencia de conceptos, se indagó en perspectiva de una “red teórica” que hace visible el contraste y la dispersión de estos, así como las formas de coexistencia, de concomitancia, o los métodos de transcripción, lo cual posibilitó

4 Monumento en el sentido de: fragmentado, modificado con cambios posibles en el contexto urbano en que se exponga, en interacción constante con condiciones y prácticas sociales diferentes a las que ocurrían en el momento en que fue creado, leído en función de acontecimientos que ya concluyeron, es un ejemplo de lo incompleto, que requiere ser reconstruido, de lo que no puede entenderse sino a partir de información exterior que le atribuye una significación (Magariños de Morentin, 2013).

“describir la organización del campo de enunciados en el que aparecen y circulan (...) los conceptos.” (Foucault, 2006, pág. 92).

Es importante precisar que los enunciados, en tanto “átomo del discurso”⁵ (pág. 133), tienen funciones determinadas por las prácticas discursivas, de tal manera que permitieron abordar la educación médica, respecto de la relación médico-paciente, procurando responder a los interrogantes: ¿cómo paso?, ¿cómo esa función enunciativa se construyó?, ¿cuáles relaciones saber-poder hicieron posible cierta forma de relación médico-paciente?

Los objetos, conceptos y tipos de enunciación, posibilitaron el análisis de las temáticas que se presentan en la formación discursiva, las cuales se desarrollan en los siguientes capítulos.

El momento genealógico analizó “los diversos modos como el poder determina el sentido de las acciones humanas.” (Martínez Posada, *Arqueología y genealogía para una nueva subjetividad: la ética del cuidado de sí*, 2009, pág. 136). Se realizó un análisis posible de la descripción arqueológica, tensionando algunas tecnologías gubernamentales globales con el dispositivo curricular nacional y con los elementos traza de constitución de subjetividad rastreados en las bitácoras de los estudiantes del programa de Medicina de la Universidad del Tolima, desde la perspectiva de algunas tecnologías de poder o de gobierno, para dar una respuesta posible a la pregunta: ¿cuáles son las fuerzas que desde distintos sectores dan lugar a que se produzcan estas formas de relación médico-paciente, y no otras, en los programas de Medicina en Colombia?

Para analizar los diversos modos en que las prácticas gubernamentales de la educación médica determinan el sentido de las acciones de los estudiantes de medicina, se adoptó el concepto de tecnología de gobierno (Foucault, Seguridad

5 “A primera vista aparece el enunciado como un elemento último, que no se puede descomponer, susceptible de ser aislado por sí mismo y capaz de entrar en un juego de relaciones con otros elementos semejantes a él. No sin superficie, pero que puede ser localizado en unos planos de repartición y en unas formas específicas de agrupamientos” (pág. 133).

territorio y población, 2006), y se centró en la descripción de lo dicho en algunos discursos nacionales e internacionales, elegidos según su pertinencia para este estudio, los cuales definen y estipulan los saberes de la educación médica y, a partir de ello, un sujeto médico que se relaciona con el paciente.

Se enfocó en el análisis de la relación saber-poder, procurando “establecer el espacio de emergencia, el momento en que surge, o la procedencia⁶ (Foucault, *La Arqueología del Saber*, 2006) de una institución, un concepto, una práctica, o un discurso” (Morey, 1983, pág. 238), que para este caso corresponde a la forma de relación médico-paciente, a través de discursos relacionados con la educación médica atravesados o subtendidos por un discurso en imperativo⁷ (Foucault, *Seguridad territorio y población*, 2006), que por la constancia de su permanencia o la fuerza de su uso, termina por asumirse como una evidencia que se impone de manera universal.

Es importante destacar la interdependencia entre el saber y el poder, y cómo las fuerzas se revisten, en unas oportunidades, del uno, y en otras, del otro:

El concepto saber hace referencia a los procedimientos y efectos de conocimiento que son aceptables en un momento dado y en un dominio definido. Y el poder, a los mecanismos particulares que parecen susceptibles de inducir comportamientos y discursos. Así mismo, saber y poder son elementos inseparables, porque nada puede figurar como un elemento de saber si, por una parte, no es conforme a un conjunto de reglas y coacciones características y si, por otra parte, no está dotado de efectos de coerción o simplemente de coacción propio de lo que es validado

6 La búsqueda de la procedencia no funda, al contrario: remueve aquello que se percibía inmóvil, fragmenta lo que se pensaba unido; muestra la heterogeneidad de aquello que se imaginaba conforme a sí mismo (pág. 13)

7 El discurso en imperativo, en el orden teórico, consiste en decir “quiera esto, deteste aquello, esto está bien, aquello está mal, inclínese por esto, desconfíe de aquello.” (pág. 12)

como científico o meramente racional. Y, a la inversa, nada puede funcionar como mecanismo de poder si no se despliega según procedimientos, instrumentos, medios, objetivos que puedan ser validados en unos sistemas de saber más o menos coherentes. (Gómez & Jódar, 2003, pág. 56).

Teniendo como premisa que el saber no es el poder, pero el saber es susceptible siempre de utilizarse en términos estratégicos, el uso de los saberes de la educación médica sostiene y hace posible ciertas formas de poder, en un marco témporo-espacial dado, y configura nuevas relaciones médico-paciente por efectos del poder. En este apartado se analizan ejercicios de poder en diferentes instancias, que cruzan desde el Estado hasta los sujetos.

Allí donde nosotros leemos “poder”, también conviene a veces entender “autoridad”, “orden”, “disciplina”, “admis-tramiento”, “organización” o, simplemente, “influencia”, es decir, que hay que considerar la pluralidad de estas instancias. No existe un orden establecido, sino unos micro poderes que tienen su coyuntura propia. (Foucault, *La imposible prisión: Debate con Michel Foucault*, 1982, pág. 32).

La relación médico-paciente, como “saber situado”, se imbrica en relaciones de poder, dando lugar a un conjunto de “procedimientos, cuyo papel es establecer, mantener, transformar los mecanismos de poder”, de tal forma que, parafraseando a Foucault (2006), no habría relaciones médico-paciente y, sumado a ellas: al costado, por encima, llegados a posteriori, para modificarlas, perturbarlas, hacerlas más consistentes, más estables, más coherentes, unos mecanismos de poder (...). Estos son una parte intrínseca de estas relaciones, son su manera de circular, su efecto y su causa.” (pág. 11).

La educación médica, para efectos de este análisis, es asumida dentro del conjunto de las prácticas de gobierno, que soportan y son soportadas por la racionalidad política del Estado, la cual corresponde a un

juego entre un código que regula unas maneras de hacer [que prescribe cómo seleccionar las personas, cómo examinarlas, cómo clasificar las cosas y los signos, cómo educar a los estudiantes de medicina, en qué escenarios, qué verdades, con qué finalidad, etc.] y una producción de discursos verdaderos que sirven de fundamento, de justificación, de razones de ser, y de principio de transformación a estas mismas maneras de hacer (...) a través de la producción de verdad. (Foucault, *La imposible prisión: Debate con Michel Foucault*, 1982, pág. 68).

En tal sentido, la educación médica, a partir de las tecnologías de gobierno o tecnologías políticas, resulta determinante hacia

la conducción eficaz de la conducta de otros para el logro de ciertos fines, [haciendo uso de] las estrategias que han de aplicarse razonadamente para lograr que las personas se comporten conforme a esos objetivos, y [por] el cálculo adecuado para elegir e implementar esas estrategias. (Castro-Gómez, 2013, pág. 13).

Es decir, que reconocen como valiosos determinados modos de existencia, y no otros.

Para la descripción arqueológica y análisis genealógico, el corpus documental fue organizado en las siguientes agrupaciones discursivas:

- Las prácticas discursivas de la educación médica de pregrado, que abordan lo dicho por diez programas de Medicina ofrecidos en Colombia, en las Universidades:

Nacional de Colombia, del Cauca, de Caldas, del Tolima, de los Andes, de Ciencias Aplicadas y Ambientales, Tecnológica de Pereira, del Quindío, Corporación Universitaria Remington y Fundación Universitaria Ciencias de la Salud, las cuales fueron seleccionadas por la disponibilidad de la información curricular considerada pertinente, que permitió visibilizar una verdad, un sujeto y una estrategia para ello.

- Los referentes normativos, “políticas, leyes, decretos y resoluciones que orientaron de modo indicativo, programático o prescriptivo la construcción de los programas.” (Arias Murillo, Emergencia del hombre en la formación de maestros y maestras en Colombia, 2011, pág. 41).
- Los discursos acerca de la educación médica de pregrado, emitidos por organismos internacionales, cuyos lineamientos, referidos en declaraciones universales, fueron adoptados por el Estado colombiano.
- Los discursos de los estudiantes de medicina de la Universidad del Tolima, tomados en bitácoras, registradas por ellos de manera voluntaria, durante el segundo semestre del año 2013 y el primer semestre del año 2014.

Estas agrupaciones fueron interrogadas desde diferentes aspectos:

- ¿Qué “verdades” debe conocer un estudiante de medicina de pregrado en Colombia para relacionarse como médico con el paciente?
- ¿Cuáles estrategias se proponen para ello?
- ¿Qué sujetos se visibilizan?
- ¿Cómo determinan las prescripciones normativas la

finalidad y la funcionalidad de la relación médico-paciente en Colombia?

Para responder a los interrogantes, fue revisada la situación actual de la educación médica, y para establecer las condiciones que la hicieron posible, se retomaron algunos referentes pertinentes, considerados como parte del a priori histórico⁸.

Las agrupaciones discursivas fueron abordadas desde la perspectiva de la incompletud, toda vez que los textos no se consideraron autosuficientes, sino apoyados unos en otros; la organización de los mismos fue dándose a lo largo de la elaboración del archivo y del análisis de los documentos. Sin pretender abordar la totalidad de lo dicho, se fue ampliando el límite de lo inicialmente planteado, conforme aparecieron relaciones de coexistencia entre enunciados pertinentes. De esta manera, fueron tensionados los textos procedentes de campos globales, nacionales e institucionales, con textos procedentes de sujetos, en la inmanencia de lo problematizado.

El análisis se orientó en establecer la racionalidad que soporta las prácticas de educación médica, cómo operan las lógicas que direccionan las tecnologías de producción de subjetividad de los estudiantes de medicina en Colombia, y su incidencia en la constitución de relaciones médico-paciente, en el período de tiempo definido, desde una perspectiva arqueológica-genealógica.

En lo que respecta a las posiciones de sujeto que emergen, se adoptó, del concepto de gubernamentalidad, el proceso de producción de sujetos como efecto de relaciones saber-poder, en el que predominan tecnologías de sujeción, y el

⁸ A priori histórico, desde la perspectiva de Foucault (2006), corresponde a la condición de realidad para unos enunciados, sus condiciones de emergencia, la ley de su coexistencia con otros, la forma específica de su modo de ser, los principios según los cuales se transforman y desaparecen (...) en una historia que está dada, ya que es la de las cosas efectivamente dichas (p. 215-2016).

proceso de subjetivación, el cual “aparece como una dimensión relativamente independiente del saber y del poder (...), que refiere a la posibilidad de conducir autónomamente la propia conducta” (Castro-Gómez, 2011, pág. 10), a partir de tecnologías de subjetivación. La pregunta por la constitución de la relación médico-paciente permitió una aproximación a la constitución de sujetos y subjetividades, en el sentido de las posiciones de los sujetos que emergen de los programas de educación médica, asumida, para efectos de este estudio, como “[su] modo de hacer en el mundo, [su] modo de hacer con el mundo, [su] modo de hacerse en el mundo” (Martínez Posada, La universidad productora de productores, 2010, pág. 31), cuyo proceder y efecto se sitúa más allá de la escuela, la universidad, el aula o el hospital.

Para el análisis de las posiciones de sujeto fueron revisados los discursos internacionales, nacionales, locales e institucionales, y los testimonios de los estudiantes, en procura de establecer la dispersión del sujeto, según lo propuesto por Michel Foucault. Esto exigió rigor epistemológico, en el sentido de tratar los discursos más que como expresiones completas en sí mismas, como piezas que, al articularse, permiten mapear las diferentes concepciones de estudiantes de medicina en perspectiva del desempeño como médico que les es planteado y hacia el cual se proyectan.

Toda vez que el período elegido para adelantar el estudio corresponde al presente, se consideró pertinente e innovador, en términos metodológicos, contar con testimonios de estudiantes de medicina, por hallarse ellos en la inmanencia de las prácticas gubernamentales de la educación médica durante su ir formándose como médicos. Para ello, fueron adoptadas las bitácoras, entendidas como instrumentos que hacen parte de los “inventos culturales (...), estrategias, técnicas, ideas, procedimientos, etcétera, [que permiten] constituir un cierto

punto de vista que puede ser muy útil para analizar qué es lo que está pasando ahora.” (Foucault, *El yo minimalista y otras conversaciones*, 2003, pág. 60).

Para el desarrollo de este componente se contó con la aprobación del Comité de Bioética de la Universidad del Tolima y se establecieron como criterios de selección de los estudiantes: el hallarse matriculados, participar voluntariamente y firmar el consentimiento informado. En la elaboración, entrega y recolección de las bitácoras participaron algunos estudiantes de la asignatura Gerencia en Salud, quienes asumieron dentro de su práctica formativa la administración de este componente. El informe de dicho proceso académico se denomina “*Más allá de un estudiante de medicina*”, el cual se encuentra disponible en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad del Tolima.

Las bitácoras permitieron recoger los testimonios escritos, “expresiones personales y vitales, de una aventura de navegación” (Bonvillani, Cátedra de teoría y técnicas de grupo. Cuadernillo de Trabajos prácticos, 2013), por las prácticas de educación médica. Además, fueron la estrategia para escudriñar tanto los reflejos o formas de las prácticas de sujeción, como de subjetivación, por cuanto, a través de ellas, fue posible hacer un acercamiento a:

las prácticas de producción subjetiva y las referencias (...) relativas a estas producciones (...). La reapropiación de los procesos de singularización subjetiva, las revoluciones moleculares (...) (que), en cierto nivel, pasan por el cuestionamiento (...) de cierto tipo de formación universitaria. (Rolnik & Guattari, 2005, pág. 235)

Los discursos plasmados en las bitácoras fueron asumidos dentro del estudio como discursos emitidos por “sujetos confesantes, no en relación a una verdad sobre sí mismos, que les es impuesta desde afuera, sino en relación a una verdad

sobre sí mismos, que ellos mismos deben contribuir a producir.” (Larrosa, 1995, pág. 257). Es decir, sujetos que en sus vivencias del ir siendo médicos, hacen referencia a la historia de la educación médica.

La investigación contó con la aprobación del Comité de Bioética de la Universidad del Tolima. Se tuvo en cuenta el principio fundamental de honradez intelectual y derechos de propiedad intelectual, particularmente en el uso de documentos de las facultades y programas de Medicina de las diferentes universidades seleccionadas para el mismo.

El rigor metodológico se garantizó adoptando los criterios de credibilidad, auditabilidad y transferibilidad. (Lincoln & Guba, 1985).



Fuente: Los autores

Capítulo 3

ACERCA DE LO DICHO EN LA EDUCACIÓN MÉDICA DE PREGRADO EN COLOMBIA

“Supongo que en toda sociedad la producción del discurso está a la vez controlada, seleccionada y redistribuida por un cierto número de procedimientos que tienen por función conjurar los poderes y peligros, dominar el acontecimiento aleatorio y esquivar su pesada y temible materialidad.”
(Foucault, El Orden del Discurso, 1992, pág. 11).

El presente capítulo corresponde a la descripción de lo dicho en el contexto de la tensión que se generan entre las indicaciones acerca de las prácticas gubernamentales de la educación médica de orden nacional e internacional, y las prescripciones, en tanto saberes o verdades, que circulan en los planes de estudio de algunos programas de Medicina en Colombia.

El análisis en la modalidad de archivo del discurso sobre la relación médico-paciente, que transita en la educación médica en Colombia entre 1992 y 2018, permite dar cuenta de los enunciados en su dispersión, en su incoherencia, en su reemplazamiento, en su simultaneidad y en su sucesión, que lo hacen transformable.

Es importante señalar que Colombia es uno de los países en donde los aspectos curriculares de la educación médica han estado especialmente influenciados por el Estado y por organismos internacionales.

Para mostrar las tensiones entre lo indicado y lo prescrito, el capítulo ha sido dividido en dos apartados: Prácticas discursivas

y no discursivas, que contextualizan la educación médica de pregrado, y saberes que circulan en los pregrados de medicina.

3.1. Prácticas discursivas y no discursivas que contextualizan la educación médica de pregrado

La “educación médica” corresponde a un espectro que incluye el pregrado, el postgrado y la educación continuada. Para efectos de este estudio se abordó el nivel de pregrado, que se ofrece a través de diversas instituciones de educación superior, interesadas en formar “médicos integrales”. El título otorgado, una vez son finalizados los estudios de pregrado en Colombia, corresponde a dos modalidades enunciativas: “médico (a) y médico(a) cirujano(a)” (Ver Tabla No.1).

Tabla 1. Educación Médica de Pregrado.

Tipo de Institución	Universidades
	Fundaciones Universitarias
	Corporaciones Universitarias
Carácter	Público
	Privado
Tipo de Centro Docente	Facultad de Medicina
	Facultad de Ciencias de la Salud
Título otorgad	Médico
	Médico (a)
	Médico y Cirujano
	Médico (a) y Cirujano(a)

Fuente: Los autores.

La educación médica tiene lugar en un sistema educativo formal reconocido, el cual, una vez se terminan y se aprueban los estudios, expide un título o certificación que legitima el ejercicio profesional.

Son referentes del sistema educativo actual las cátedras de medicina ofrecidas por el Colegio Seminario de San Bartolomé, el Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario y el de Santo Tomás, los cuales, dada su condición de colegios:

Carecían de atribuciones legales para otorgar títulos universitarios, así que el estado las autorizo como las “Universidades particulares”, nombre que les dio la facultad de expedir títulos de bachiller, licenciado, maestro y doctor, a las comunidades religiosas de los dominicos y jesuitas (...) Generalmente, los rosaristas y los tomistas se graduaban en la Universidad de Santo Tomás y los bartolinos en la Universidad Javeriana. (Quevedo V, Perez R, Miranda C, Eslava C, & Hernández, 2008, pág. 167).

Hasta 1802 fue escaso el interés del Estado para ofrecer estudios médicos; la orientación para atender soldados heridos y esclavos, que justificaban las cátedras y la no exigibilidad del título para ejercer, denota desinterés en lo que tenía que ver con la atención en salud de la población, toda vez que los gobernantes se dirigían a España para ser atendidos o traían sus médicos personales.

Previo a esta etapa predominaba la atención ofrecida por empíricos “curanderos y charlatanes que no se hallaban debidamente titulados... aficionados, matasanos empíricos y charlatanes ” (El Redactor Americano: Periódico del Nuevo Reyno de Granada, 1807, pág. 121), cuyas actividades eran controladas por el Tribunal del Protomedicato, institución encargada de regular y vigilar la práctica de la medicina y lo relacionada con ella, es decir, que aunque no se ofrecía la

educación médica, el ejercicio de la medicina era controlada por el Estado.

Estas prácticas, incidían en un tipo de relación médico-paciente, distinguida por la pluralidad y ausencia de dogmatismo: “Con su carácter a la vez elemental y rudimentario, la ayuda espontánea es fundamento de la relación médica (...), la apropiación, por parte del terapeuta, de esa tendencia al auxilio de quien padece enfermedad.” (Lain Entralgo, *La Historia Clínica Historia y Teoría del Relato Patográfico*, 1950, pág. 37).

Lain Entralgo, en su estudio sobre la relación médico-enfermo, denomina la relación que tiene lugar entre un sujeto empírico y un enfermo como sanadora, y la clasifica en: “la ayuda espontánea, la curación mágica, y el tratamiento empírico.” (Lain Entralgo, 1983, pág. 37). Esta clasificación fue adoptada para denotar los enunciados que han sido referenciados en Colombia, en diferentes textos e investigaciones. (Ver Tabla No. 2).

La demanda porque se ofreciera educación médica, conducente a título académico en el país, se soportó en el interés de “cultivar el saber (...), [en tanto] factor efectivo para el ascenso social de los criollos ilustrados neogranadinos” (Quevedo V, Perez R, Miranda C, Eslava C, & Hernández, 2008, pág. 105), lo cual dio lugar a numerosas solicitudes, con escaso eco en los gobernantes, como consta en los documentos del Archivo General de la Nación:

En esta ciudad, habiendo cátedras de artes y teología y faltar para adorno de esta Corte, quien lea cátedra de medicina, para que se vayan creando médicos sin ser menester enviar a España por ellos, y que ansimesmo (sic) que hay muchos aficionados que por falta de doctrina no lo son, ni hacen la dicha facultad, a Vuestra Alteza pido y suplico que mande dar licencia para que en la parte más idónea pareciere, pueda leer la dicha cátedra de medicina. (Museo de Historia de la Medicina, 2006, pág. 2).

Tabla 2. Relación sanadora

Elementos	Tipos		
	La ayuda espontánea	La curación mágica	El tratamiento empírico
El médico	Un hombre o mujer que ayuda a un enfermo.	Ofrecida principalmente por hombres, denominados jefe religioso o jeque, brujo o chaman, hechiceras, jaibanás, quienes hacen uso de las fuerzas sobrenaturales. Estos sujetos, desde su cosmovisión identifican el malestar y el bienestar del espíritu y/o del cuerpo del enfermo, y recomendaban tratamientos que incluían sustancias animales o vegetales, rituales, y recomendaciones alimentarias y comportamentales. La relación ocurría de manera presencial, o a distancia del paciente.	Empíricos llamados según el tipo de tratamiento que ofrecieran: curanderos, yerbateras, sobanderos, sopladores, ensalmadores, boticarios, comerciantes en drogas aromáticas, herbolarios, cirujanos.
El paciente	Un enfermo	Individuos o grupos	Un enfermo
Relación médico-paciente	Personal soportada en el Instinto de auxilio ⁹ (Laín, 1983, p. 37), acompañado de un acto de decisión, de apropiación ¹⁰ y de proyección, ¹¹ que logran vencer el Instinto de apartarse de la enfermedad.	Sustentada por la creencia en los poderes ilimitados del sanador y las virtudes de los elementos utilizados.	La relación se basa en el deseo de auxiliar del empírico y la confianza del enfermo, en los conocimientos sobre las dolencias y el manejo de las sustancias. Se trata de repetir una práctica curativa descubierta por azar, que en ocasiones similares fue útil, sin interesarse en el “por qué de la eficacia”

9 Un hombre enfermo despierta en el ánimo de quien lo contempla una actitud ambivalente, de ayuda y de abandono. “Hasta en el caso del ser más querido, la enfermedad nos llama y nos repele; y ambos movimientos, el que nos lleva hacia el enfermo y el que nos aparta de él, son igualmente espontáneos, lo cual indica que el instinto de auxilio solo puede prevalecer merced a un acto de decisión.” (Laín, 1983, p. 37).

10 La tendencia al auxilio se transforma en una conducta volitiva.

11 “Apropiación de la tendencia al auxilio de quien se encuentra enfermo, como un proyecto más o menos expreso y articulado de los movimientos en que tal ayuda va a consistir” (Laín, 1983, p. 37).

Elementos	Tipos		
	La ayuda espontánea	La curación mágica	El tratamiento empírico
Lugar	Indistinto.	Requiere sitios ceremoniales o templos, lugares que garantizan las condiciones para poner en práctica los rituales o sacrificios, recursos mágicos para percibir y modificar fuerzas en conflicto y orientarlas para bien o para mal de individuos o grupos.	Definido por los requerimientos que tiene la práctica.

Fuente: Los autores. Información tomada de: Laín Entralgo, *La Relación Médico-Enfermo Historia y Teoría*, 1983 (pag 36-42). Quevedo V, Perez R Miranda, Eslava C, & Hernández A, 2008, *Historia de la Medicina en Colombia*, Tomo I. *Prácticas médicas en conflicto (1492-1782)*, Diaz L, M, *Historia de la Medicina en el Tolima*, documento inedito.

Estas peticiones se argumentaban en la irregularidad de la atención prestada por los médicos procedentes de España, quienes, incentivados por las oportunidades económicas, generalmente llegaban y se dedicaban a actividades más productivas, o retornaban a Europa, por el alejamiento del grupo social al que pertenecían:

Hácese el todo urgente crear la cátedra de medicina en este Nuevo Reino, destituido por desgracia de médicos patricios, quienes mirasen con todo empeño por la salud de sus conciudadanos, y que sujetos (...) a vivir en su país desempeñarían sus funciones con celo distinto del que se ha notado, en no pocos de los que se aparecen (...) y luego se ausentan para no responder por los estragos que han causado (...); se haría un singular beneficio al Reino y sus particulares poblaciones, exigiendo cátedra de medicina, abriendo una nueva y útil carrera a la juventud. (Quevedo, *La institucionalización de la medicina en Colombia: antecedentes de un proceso*, 1993).

Fue solo hasta 1800 cuando las condiciones de salud de los habitantes de la Nueva Granada actuaron como mecanismo de presión, comenzándose a ofrecer la cátedra de medicina en el Colegio Real y Mayor de Nuestra Señora del Rosario.

La precaria situación de la población (que) se mostraba dramática durante las epidemias de viruela. (...) [y la insistencia de] los médicos de la Nueva Granada [quienes] consideraban que el mecanismo para enfrentar esta situación era el desarrollo de una educación médica local acorde con la medicina europea del momento. Además, insistían en que los practicantes de la salud tuvieran títulos académicos reconocidos y sancionados por la autoridad del Estado. (Archivo General de la Nación, 1636, pág. 555).

Posteriormente se evidenciaron diferentes influencias, como la religiosa, la estatal, las políticas internacionales, entre otras.

3.1.1. Influencia religiosa y griega

El control de la educación médica por instituciones de educación de carácter religioso determinó las prácticas curriculares de la enseñanza de la medicina. Esta práctica gubernamental se centró en la profesión de fe de los docentes, claramente definida en el artículo 41 de la Constitución Política de Colombia de 1886, que decía: “La educación pública será organizada y dirigida en concordancia con la religión católica”, y en el artículo 13 del Concordato con la Santa Sede (1887), según el cual el gobierno debería impedir:

...que en las asignaturas literarias, científicas y en general en todos los ramos de la instrucción pública se propaguen ideas

contrarias al dogma católico y al respeto y veneración debidos a la iglesia (...) Las obras caritativas y de asistencia social abrieron el espacio propicio para [que] la asistencia espiritual como física de los enfermos quedara en manos de los católicos-cristianos devotos. (De Francisco Zea, 1999, pág. 58).

En cuanto a las verdades que se debían enseñar, fueron acogidos los planes de estudio “que no cuestionaran los preceptos católicos”, como el propuesto por Mutis e Isla, entre 1802 y 1805:

Plan General de los Estudios Médicos arreglados según las proporciones del país a la enseñanza de todas las profesiones subalternas (...), con duración de ocho años (Quevedo, La institucionalización de la medicina en Colombia: antecedentes de un proceso, 1993), los primeros cinco años dedicados a la anatomía, cirugía, historia literaria de la medicina, matemáticas, instituciones médicas [fisiología, patología, semiótica, higiene y terapéutica], ciencias auxiliares [física experimental, historia natural que incluía botánica y química] y doctrina hipocrática.¹² (Quevedo, Pérez, Miranda, Eslava, & Hernández 2008, pág. 84).

Incluía, además, el estudio de las enfermedades en los pacientes hospitalizados, bajo la supervisión de un médico graduado, luego de lo cual se accedía al título de bachiller en medicina.

El Plan Mutis, aunque se centraba en la enfermedad y en el individuo, en tanto enfermo, marcó el inicio de un desplazamiento de la formación eminentemente teórica centrada exclusivamente en la lectura de textos procedentes de Alemania y Francia, a la formación teórico-práctica, en la que los estudiantes debían identificar las condiciones particulares de la región. Este plan

¹² La doctrina hipocrática aportaría el espíritu de observación detallada, la importancia de los ambientes en la producción de enfermedades (...) [así como] discernimiento y buen gusto, para que cumplieran su práctica como médicos y pudieran desarrollarse lejos de sus maestros.”

fue adoptado por la Cátedra y estudio de Medicina en el Colegio Real y Mayor de Nuestra Señora del Rosario, el cual tuvo reconocimiento, como se refiere a continuación:

...el formal establecimiento de la cátedra (...), esquivando la bárbara vulgaridad que, por culpa de los matasanos empíricos y charlatanes idiotas se iba introduciendo de mirar con desprecio a esta noble y utilísima facultad recomendada por el mismo Dios, parece que ya se disipara enteramente en nuestro Reino por el formal establecimiento de su estudio. (El Redactor Americano: Periódico del Nuevo Reyno de Granada, 1807, pág. 122).

Las prácticas clínicas se iniciaron en “hospitales donde sean curados los pobres enfermos y se ejercite la caridad cristiana.” (De Francisco Zea, 1999, pág. 58). Una de las estrategias educativas de las cátedras médicas fue la transmisión de conocimiento a través de:

...la lectio [lecciones] o acto de leer textos que debían ser memorizados, sin cuestionarlos ni contrastarlos empíricamente, acompañados de las técnicas de la dictatio, en las que los estudiantes copiaban, palabra por palabra, la argumentación del catedrático en torno a las lecturas. (Silva, 2004, pág. 70).

Otra estrategia educativa fue la de las prácticas discursivas, sustentadas en elecciones vocacionales, enmarcadas en relaciones saber-poder que daban lugar a formas de objetivación a partir de los discursos que debían ser introyectados de manera inmutable, con una prohibición tácita de criticarlos, con lo que se configuraba la realidad-referencia, que, asociada a una muy escasa producción de saberes y discursos locales, evidencia un tipo de estudiante y de grupo social, que, concebido como ignorante, debía ser incapaz si quiera de pensar en criticarlos.

Estos eran asumidos como verdades absolutas, ejercidos y prescritos a la población atendida.

La falta de docentes, de recursos, de estudiantes, asociados a lo prolongado del plan de estudios y a la escasa claridad en lo que tenía que ver con los requisitos y costos de la graduación, hicieron intermitente la oferta de las cátedras, llevando a su cierre temporal. (Quevedo, Pérez, Miranda, Eslava, & Hernández 2008, pág. 105).

Entre 1819 y 1822 se anunciaban cursos, se establecían normas provisionales para la adjudicación de títulos, se realizaban “asertos” y se nombraban profesores. (...) Poco después esta actividad se difuminó; no tenemos documentos que respalden la permanencia de la Cátedra en el Colegio del Rosario ni en San Bartolomé, hasta 1826 cuando se crea la Universidad Central. (Quevedo & Duque, Historia de la cátedra de medicina en el Colegio Mayor del Rosario durante la Colonia y la República, 1653-1895, 2002, pág. 149).

La influencia religiosa se afianzó con el Concilio Plenario Latinoamericano, reunido en Roma en 1899: “Todos los profesores de los países católicos debían hacer profesión de fe para continuar en sus puestos.” (De Francisco Zea, 1999, pág. 58),

En este modo de enunciación, la relación médico-paciente estaba determinada por pautas definidas:

Ordenamos y mandamos que todos los médicos de nuestro Obispado amonesten en la primera visita que hicieren a los enfermos, que confiesen y ordenen su alma; y si el tal enfermo no lo hiciere, no procedan en la cura hasta que lo haian (sic) hecho y cumplido. (Romero, 1960, pág. 438).

Lo anterior resultaba congruente con lo planteado por Pedro Laín Entralgo respecto de la asociación salud-salvación y enfermedad-pecado, del Nuevo Testamento:

La reiterada mención del enfermo en los textos neotestamentarios es directa unas veces, y metafórica, otras. Jesús cura milagrosamente a los más diversos enfermos. Un herido -un enfermo- es, en la parábola del Samaritano, el representante típico de los hombres frente a los cuales debe ser ejercitada la misericordia. Las palabras de Jesús en el texto escatológico de San Mateo (25, 39-40) prescriben del modo más explícito el deber de la asistencia caritativa a los enfermos, y San Pablo (1 Tesalonicenses; 5, 14) repite luego el mandamiento. “Enfermos”, en fin, son metafóricamente llamados (Mateo, 9, 12; Marcos, 2, 17; Lucas, 5, 31) los hombres menesterosos de la salvación, que el Evangelio promete. Por otra parte, los cristianos comparecen en la historia proclamando una novedad radical en la vida (San Pablo: Rom,5, 4; Corintios, 5, 17; Colocenses,3, 10; Efesios, 4, 24), a la cual pertenece como parte integral una nueva idea del amor.

Tan cierto es esto, que los traductores del Nuevo Testamento al griego se sentirán obligados a emplear, para designar el amor, una palabra helénica distinta de eros, y de modo sistemático usarán el término agápé, que bajo forma verbal agapaó, desde los tiempos homéricos, venía significando acoger con amistad. (Laín Entralgo, La amistad entre el médico y el enfermo en la Edad Media, discurso leído el 7 de junio de 1964 en su recepción pública, por el Excmo. Sr. Don Pedro Laín Entralgo y contestación del Excmo. Sr. Don Dámaso Alonso., 2014).

La relación médico-paciente, en tanto investidos de moral cristiana, involucró la adhesión a un mandamiento expresado en la Biblia a través de tres lineamientos diferentes:

Ama a tu prójimo como a ti mismo (...) [parábola del Samaritano]. Ama a tu prójimo como si tu prójimo fuese Cristo” y “Ama a tu prójimo como si tú mismo fueses Cristo”, de tal forma que estas expresiones, al plantear la cristificación del hombre, dan a la relación médico-paciente, el carácter de forma de amor entre los hombres, orientada a la tarea de cooperar con Cristo en la salvación. (Laín Entralgo, Teoría y realidad del otro, 1961, pág. 14).

Por tanto, en las verdades que constituyeron al médico en la esfera religiosa, predominaba una concepción, en la que el hombre, “única criatura creada a imagen y semejanza de Dios”, era, más que “naturaleza” (material, orgánica, viviente), una “persona” (espiritual, creadora e infinita, dotada de inteligencia, intimidad y libertad propias) (Laín, 2014), a diferencia de los discursos griegos en los que predominaba el “radical naturalismo”, que concebía al hombre como una manifestación de la Physis o “naturaleza”, con capacidad de lenguaje y bipedestación.

Si bien los discursos griegos exceden el campo de este estudio, una reseña de los enunciados básicos que la constituyeron permite observar las rupturas a que dan lugar las diferentes concepciones acerca de los saberes que configuran el campo de la medicina y de la educación médica.

El saber médico técnico-hipocrático de la Grecia clásica se halla ampliamente descrito por Laín Entralgo (1983), quien afirma que este se soportó en cuatro enunciados básicos:

La “Physis” o naturaleza de las cosas y de los sujetos que, siendo universal, se manifestaba de manera individual [physis -con minúscula-] en cada uno. La cognoscibilidad o “razón inscrita” o constitutiva de la physis, que podía ser aprehendida a partir de la observación, la experimentación y el raciocinio por la razón del hombre “logos”, dando lugar a la “physiologia

o saber racional acerca de la physis”, que permitía conocer la constitución y las regularidades de la Physis. (pág. 40).

El tercero, la tékhnê¹³, llamada por los latinos el ars, que corresponde a la “aprendida capacidad del hombre para ayudar a la naturaleza en la ejecución de sus movimientos, en determinados casos para perfeccionarla y suplirla (...), corresponde a la tékhnê iatrike o ars médica, un saber sobre la manera de curar un enfermo o de preparar un medicamento” (pág. 53), y la ananké corresponde a la “necesidad de la naturaleza” (pág. 43), que definía dos vías de abordaje fisiológico: tykhe, azar, fortuna que correspondía a la enfermedad como efecto de algo que pudo no haber sucedido o pudo haberse prevenido, y la necesidad por antonomasia o enfermedad incurable, que surgía de modo obligatorio. (pág. 43).

En este contexto, la ética hipocrática se basó en el estudio permanente (Lain Entralgo, 1983): El médico debe ser siempre aprendiz de lo que la naturaleza le enseña a través del arte y de lo que el arte le enseña acerca de la naturaleza. (pág. 101).

Las prácticas de educación médica ofrecían dos opciones para adquirir los conocimientos que le permitían al hombre aprender “el arte de curar”: como “aprendiz”, al lado de un práctico experto, o asistir a un “coro” o “escuela médica”, las cuales funcionaban en varias ciudades coloniales desde antes de Hipócrates, e incluso antes de Alcmeón. (...) “Quien en la Atenas del siglo V (...) quería trabajar como médico, debía presentar el nombre del profesional que había sido su maestro. (...) Pero los prácticos más estimados (...) eran los procedentes de una de las distintas «escuelas». (Lain, 2012).

Lain Entralgo da cuenta de la referencia a las instituciones de formación en el arte de curar, tomada de algunos textos antiguos:

13 Téknê para los griegos, ars para los romanos, (...) es un saber hacer sabiendo qué se hace y por qué se hace. Un saber hacer según el qué y el por qué” (pág. 53).

Galeno (...) habla de tres coros o escuelas médicas: Cnido, Cos e Italia (...). El testimonio de Heródoto nos hace saber que a fines del siglo VI los médicos preferidos en Grecia eran los formados en Crotona y Cirene. [Además, se citan las escuelas de] Cnido, Cos, Rodas y, tal vez, Elea; he aquí el elenco de los primitivos centros de formación de los médicos griegos. ¿Qué se enseñaba en ellos? No lo sabemos. Acaso algunas nociones de anatomía más o menos apoyadas en la disección de animales -de otro modo no podrían explicarse la obra científica de Alcmeón- y, desde luego, ciertos conocimientos semiológicos, farmacológicos y quirúrgicos. (Laín, 2012).

En cuanto al carácter de las instituciones que ofrecían la enseñanza se encuentran dos líneas, una religiosa, dependiente de los templos de Asclepio, y otra laica empírica (Laín, 2012). Se pueden contrastar estas dos tendencias en la Tabla No. 3.

Los conceptos de *physis* o naturaleza y fisiología se articularon en la Edad Media con tres conceptos teológicos: el de “potencia ordenadora de Dios”, “causa segunda” y “necesidad condicionada”:

Al arte de curar pertenecen el remedio, la enfermedad y el médico. Curan los remedios, ciertamente, porque Dios lo quiere (...). Pero lo que en rigor ha querido Dios, ordenando su potencia absoluta, es que los remedios curen por ser como son, por la virtud de sus propiedades naturales. (...) La doctrina helénica del fármaco -en especie, la farmacología galénica- queda así incorporada al pensamiento cristiano de Occidente. (Laín, 1983, pág. 156).

Tabla 3. La relación médico-paciente en la Grecia clásica y el Cristianismo

Elementos	Grecia Clásica	Cristianismo
Paciente	<p>Corresponde a una naturaleza individual deficiente, por lo cual requiere de ayuda y perfección. Despierta el interés del médico, no por su enfermedad, sino por lo que puede llegar a ser físicamente. La amistad del enfermo con el médico corresponde “a la confianza en el arte del médico; (...) es decir, por una parte, a la confianza del enfermo en la medicina y por tanto en el médico, por otra la confianza en el médico que efectivamente lo trata, ambas limitadas por “la necesidad de la naturaleza”, (...) aceptando sin la menor intervención técnica el inexorable mandato. (Laín, 1983, p. 56)”.</p>	<p>Corresponde a un quién, y no a un qué: una persona, cuyas afecciones, o la disposición a enfermar era producto del pecado original, que podía ser letal o ser susceptibles de curación, y su sentido era poner a prueba la condición moral del enfermo. (Laín, 1983, p. 168).</p>
El médico	<p>Técnico que, por amistad, pone su arte al servicio del otro, en el marco de las limitaciones físicas que impone la Physis Universal [naturaleza] a la physis individual. El médico hipocrático no era “amigo del enfermo”, en el sentido que damos hoy a esa expresión, sino “amigo de la naturaleza” y “amigo de su arte”, en cuanto este le permitía ser -respetuosa y venerativamente- “fisiofilo” (Laín, 1983, p. 100).</p>	<p>Es un quién, que gratuita e ilimitadamente da de sí al enfermo. En cuanto que criaturas formadas a imagen y semejanza de Dios, poseen una realidad trascendente al orden cósmico y a la muerte; es capaz de actuar con eficacia real más allá de uno y otra. Sus deberes civiles incluían advertir al paciente que confiese sus pecados al iniciarse la enfermedad (...) so pena de excomunión o multas al médico, la asistencia gratuita a los pobres, así como “ordenanzas de carácter higiénico, responsabilidad médica, honorarios, dictámenes médico legales, vigencia de la confección y precio de los medicamentos, etc.” (Laín, 1983, p. 179), fueron establecidas con criterios políticos.</p>

Elementos	Grecia Clásica	Cristianismo
La relación médico paciente	<p>“Antes que ayuda técnica, antes que actividad diagnóstica y terapéutica, la relación entre el médico y el enfermo era amistad, philia”. (Laín, 1983, p. 42). La amistad del médico con el enfermo se soportaba en la philanthrôpía o amor al hombre, y en la philotekhnía o amor a la medicina, en tanto arte de curar. Tenía como finalidad la perfección de la naturaleza [del cuerpo]. Era limitada por la enfermedad, frente a lo cual, solo en caso de aquellas enfermedades que difícilmente podría vencer por sí sola la naturaleza, era necesario un médico.</p>	<p>Correspondía al “agápê que significa amor humano, e implica acoger con amistad” (Laín, 1983, p. 49). Tenía como finalidad la perfección de la naturaleza; implica la bondad del hombre, así como el cuidado del cuerpo. La perfección de este no es suficiente, ni necesaria para la perfección de la persona.</p>

Fuente: Los autores. Información tomada de Laín Entralgo, La Relación Médico-enfermo Historia y Teoría, 1983 y Laín Entralgo, La amistad entre el médico y el enfermo en la Edad Media, discurso leído el 7 de junio de 1964 en su recepción pública, por el Excmo. Sr. Don Pedro Laín Entralgo y contestación del Excmo. Sr. Don Dámaso Alonso, 2014

En cuanto a las recomendaciones para relacionarse con el enfermo, se destaca:

Por lo pronto, cuidará el médico de que su paciente se confiese o prometa confesarse desde el primer momento; y no sólo en beneficio de la salud de su alma, sino también por evitar que tal indicación sea atribuida, si viene luego, a un giro desfavorable de la enfermedad, y, por tanto, a un error del médico: “Antes de ir a la casa del enfermo -aconseja a sus lectores-, pregunta si manifestó su conciencia al sacerdote, y si no lo hubiere hecho, que lo haga o que prometa hacerlo; porque si se habla de ello una vez visto el enfermo y luego de considerados los signos de enfermedad, pensarán que hay que comenzar a desesperar de la curación porque tú desesperas de ella”. [Planteó también]...a veces conviene emplear tratamientos sólo aparentes: «Hay

enfermos a quienes embriaga el veneno de la avaricia, los cuales, viendo que la naturaleza de la enfermedad triunfa sin ayuda del médico, quitan a éste todo mérito, diciendo: ¿Qué hizo el médico? Con jarabes, unciones y fomentos, parezcamos lograr [en tales casos] la salud que da la naturaleza, diciendo luego que un nuevo ataque hubiese agravado la enfermedad, de no ser por la ayuda de la medicina, y así se atribuirá al médico lo que la naturaleza por sí misma hizo. (Lain, 2014).

Escrito que, según el autor, sería referido en el tratadito de *instructlone medid*, por Arquimateo, un maestro salernitano del siglo XII, quien ampliaría bajo ese título el escrito anónimo *De adventu medid ad aegrotum*, algo anterior a él.

3.1.2. Influencia de los grupos sociales dominantes

La constitución de la Gran Colombia implicó la creación de un marco legislativo tendiente a reformar las diferentes esferas de la vida social, que incluyeron la educación:

El proyecto educativo estaba contenido en una prolija legislación, animada no sólo por el deseo de ampliar la educación pública, sino por otorgar a las elites o a un sector de ellas, el control del aparato educativo, tradicionalmente en manos de la iglesia. Además de formar profesionales (...), debía difundir y producir discursos acerca de la naturaleza, la sociedad, la política, el ser humano, a fin de dar sentido a las colectividades. (Echeverry, 1989)

Aguilera (2001), en su estudio sobre la génesis y reconstitución de la Universidad Nacional de Colombia, refiere cómo mediante la Ley 18 de marzo de 1826, emitida por el Senado y la Cámara

de Representantes, reunidos en el Congreso, fueron creadas la Universidad Central de Bogotá, la de Caracas y la de Quito, las cuales desplazaron el hasta entonces exclusivo manejo de la educación médica por instituciones de carácter religioso, permitiendo cambios curriculares que se reflejaban en la Escuela para la Enseñanza de Medicina, Cirugía y Farmacia. (pág. 20-26).

La entrada en funcionamiento de la Escuela de Medicina de la Universidad Central corresponde como acontecimiento no solo a la emergencia de la educación médica estatal, sino también al desplazamiento del control del aparato educativo de la influencia religiosa a la de carácter público o influencia de los grupos sociales dominantes, y a la clara injerencia del Estado, en lo que tiene que ver con la actividad académica conducente a la formación de profesionales, que para el caso de la medicina corresponde a lo que Michel Foucault llama medicina de Estado:

La organización de un saber médico estatal, la normalización de la profesión médica, la subordinación de los médicos a una administración general y, por último, la integración de varios médicos en una organización médica estatal, (...) No es el cuerpo del trabajador lo que interesa a esa administración estatal de salud, sino el propio cuerpo de los individuos que en su conjunto constituyen el Estado. No se trata de la fuerza laboral sino de la fuerza del Estado frente a sus conflictos, sin duda económicos, pero también políticos, [la cual] encierra cierta solidaridad económica-política. (Foucault, *La vida de los hombres infames*, 1996).

El mismo año (1826) fue prescrito el plan de estudios en un decreto que definía las cátedras, los saberes que debían transmitirse, la metodología y los autores recomendados¹⁴:

¹⁴ Aguilera P, M. (2001). Universidad Nacional de Colombia: génesis y reconstitución. En U. N. Colombia, *Series Historia de la Universidad Nacional de Colombia* (págs. 20-21). Bogotá:

“Anatomía general y particular, fisiología e higiene, patología general y anatomía patológica; terapéutica y materia médica, clínica médica, cirugía y clínica quirúrgica, farmacia y farmacia experimental, y medicina legal y pública.” (Quevedo, Pérez, Miranda, Eslava, & Hernández 2008, pág. 105).

Estos lineamientos fueron tenidos en cuenta un año después por las Universidades del Magdalena y del Cauca. En adelante tendrían lugar peticiones y autorizaciones para establecer cátedras en diferentes lugares; persistieron las interferencias por la falta de docentes, de recursos y de estudiantes, asociadas a la duración del plan de estudios y a los costos.

Dieciséis años después, la medicina de Estado se acentuaría con la reforma de Ospina Rodríguez, la cual precisaba lineamientos en cuanto a la duración de mínimo cinco años, los saberes que deberían recibir, las prácticas formativas y las gestiones que deberían realizar los directivos universitarios:

Anatomía general y especial, fisiología, patología general e interna, terapéutica, clínica interna y externa, higiene, arte de la obstetricia, cirugía, medicina legal, química y botánica médicas, farmacia teórica y práctica, historia y biografía médica y veterinaria. (...) [En el quinto año] los estudiantes tenían la obligación de asistir diariamente al hospital, bajo la orientación y la supervisión de los médicos que allí trabajaran. Para ello los rectores de las universidades deberían realizar las contratas correspondientes (pág. 108).

En cuanto a la relación médico-paciente, la relación sanadora se desplazó de procesos de educación enfocados al tratamiento de los enfermos, al “agápè” y luego a la relación con finalidad curativa (Ver Tabla No. 4): “Este estudio es muy útil e interesante porque siendo el objeto de la medicina el arte de curar ignorando las reglas (...) ignoramos lo más esencial” (Plata Azuero, 1875).

Tabla 4. Relación curativa

Elementos	Descripción
El paciente	Un individuo dotado de aspectos físicos, psíquicos, emocionales y sociales, quien entra en contacto con el médico, en razón de un padecimiento, sea este de carácter físico o mental.
El médico	Individuo versado en el arte de la medicina tanto como en la ciencia, quien debe diagnosticar, atender y ofrecer tratamientos curativos a las enfermedades de los pacientes
La finalidad	Identificar, tratar y curar a los individuos que por enfermedades físicas o mentales así lo requieran.

Fuente: Los autores. Información tomada de: Quevedo, E., & Duque, C. (2002). La cátedra de medicina., Plata, M. (1888). Tratado de terapéutica aplicada general y especial Tomo I.

3.1.3. ¿Libertad para ejercer o libertad para enseñar?

La educación médica estatal se orientó a difundir la moral pública y los conocimientos como estrategia para el progreso, pero, dados los costos, era excluyente y minoritaria, “Los grados de medicina se concentraron en la Universidad Central (...), la escasez de profesores idóneos hacía que en las universidades de provincia ocasionalmente se graduara un médico” (El Siglo, número 9, 1848), lo cual, aunado al requerimiento del título para ejercer, generó un desequilibrio económico, político y social que se manifestó en fuertes críticas y resistencias:

Cuando el mundo estaba sumido en la ignorancia y el saber leer y escribir era un beneficio del que solo gozaban muy pocos hombres, las ciencias estaban en manos de muy pocos. Faltaban los medios de instruirse; la instrucción no podía, por consiguiente, obtenerse. Entonces nacieron los gremios científicos, sus clases privilegiadas que se han arrogado el derecho de saber ellas solas

y de conceder las prerrogativas de la ciencia a los condecorados con sus títulos (...) Esos cuerpos de doctores de la ley, de médicos titulados, forman en la sociedad una clase privilegiada que monopoliza en sus manos la aplicación de conocimientos y excluye de ser útil al talento no titulado. (pág. 2).

Así mismo, se criticaba la enseñanza ofrecida en las universidades desde instancias externas a estas:

Sometiendo al hombre de genio y de talento a un aprendizaje perezoso y lleno de trabas para autorizarlo a usar de sus conocimientos, lo arredran a dedicarse a una profesión (...) Esos cuerpos que llaman universidades que se arrogan el título de corporaciones científicas son, en nuestro concepto, el sepulcro de las ciencias (...) Allí se eternizan los catedráticos enseñando hoy lo mismo que enseñaron hace 20 años, transmitiendo a la juventud conocimientos que ya apenas son históricos. (pág.1).

Adicionalmente, quienes habían cursado allí sus estudios señalaban:

Hemos estudiado en universidades granadinas, hicimos nuestra carrera pobres y sin protección, gastamos nuestro tiempo en pasar por los tramites universitarios, y fuimos graduados de doctores aunque no sabíamos nada (...) No comprendemos que haya mucho estímulo para estudiar, que se hagan muchos esfuerzos para ser un abogado o un médico eminente, cuando se sabe que obteniendo el título en una universidad se tiene el privilegio exclusivo de ser juez y defensor y decidir la vida de los hombres. Basta entonces someterse a pasar por los trámites universitarios y contar con algunas influencias que hagan propicia la voluntad de los examinadores, para engalanarse con un título que da un nombre respetado por la rutina y acatado por la ignorancia. (pág. 2).

Desde diferentes sectores se exigía [que]: “El Congreso próximo diga no más doctores, no más universidades, la enseñanza es completamente libre, y serán hombres de ciencia aquellos a quienes el pueblo acepte por tales, por las pruebas que le den de poseerla.” (pág. 2).

Las solicitudes que se hacían en nombre de la democracia:

No hay necesidad de que la nación la pague ni la reglamente; el interés particular es bastante para que haya profesores que enseñen y discípulos que aprendan; el interés particular hará que haya mejores discípulos y mejores profesores (...) Si queréis la democracia y sus beneficios, si deseáis que las palabras representen la verdad y que la libertad no sea solo un mero nombre, quitad las trabas que embarazan el uso de ella, abolid los monopolios. No hay democracia posible sin enseñanza libre; no hay democracia con clases privilegiadas que mantiene la esclavitud en la enseñanza. (pág. 3).

Las presiones antes descritas, paradójicamente, favorecieron la oferta de múltiples instituciones formadoras de carácter privado, como se observa en algunos apartes del texto de la Ley 2, del 15 de mayo de 1850, mediante la cual el Senado y la Cámara de Representantes de la Nueva Granada establecieron lo relacionado “sobre instrucción pública”, con la cual se decretó “la libertad de la enseñanza de todos los ramos de las ciencias, de las letras y de las artes”, y se suprimió la obtención de títulos como requisito para ejercer la atención a los enfermos. “El grado o título científico no será necesario para ejercer profesiones científicas, pero podrán obtenerlo las personas que lo quieran, del modo que se establece por la presente ley.” (El Senado y la Cámara de representantes de la Nueva Granada , 1850).

De esta manera, la educación se desplazó de estar centralizada como responsabilidad del Estado a ser producto

del agenciamiento de los sujetos que aspiraban a obtener la formación y a ejercer la profesión. En lo concerniente a la expedición de títulos médicos, la misma ley definió los saberes que debían ser demostrados en evaluaciones, así:

Para optar al grado de doctor en medicina, versará el examen sobre las materias siguientes: botánica, química, anatomía humana general, topográfica y descriptiva, anatomía patológica, fisiología y fisiología patológica, patología general, especial y quirúrgica, cirugía práctica, obstetricia, terapéutica, materia médica y farmacia, higiene y medicina legal. (El Senado y la Cámara de Representantes de la Nueva Granada, 1850).

Las pruebas, eran presentadas “ante un consejo de cuatro profesores, nombrados por el Poder Ejecutivo en los colegios nacionales, por las Cámaras de Provincia en los provinciales, y por el Diocesano en los seminarios.” (El Senado y la Cámara de Representantes de la Nueva Granada, 1850). Para ello no era requisito haber asistido a instituciones educativas.

No restableceréis las cofradías, pero exigiréis pruebas de capacidad; se podrá llegar a ser médico sin haber frecuentado ninguna escuela, pero vosotros pediréis una garantía solemne de los conocimientos de todo candidato; conciliareis así los derechos de la libertad personal con los de la seguridad pública. Con ello (...) aparece como solución concreta en el problema de la formación de los médicos la definición de la competencia médica. (Foucault, 1975).

En este marco retomó la educación médica el colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario; sin embargo, la crisis política, económica y social por la que atravesaba el país, asociada al golpe de Estado al General Mosquera, afectaron su continuidad, puesto que los estudiantes no disponían de suficientes recursos

para pagar la enseñanza ofrecida, ante lo cual solicitaron al gobierno que, al igual que se formaban abogados y políticos, se formaran médicos de forma gratuita.

La insistencia en exigir títulos académicos para ejercer la profesión no solo se mantuvo, sino que aumentó, conforme se graduaban médicos en las escuelas existentes:

Es necesario para la seguridad de la sociedad que haya también leyes que la reglamenten, porque de otra manera (...) no habría leyes contra los abusos y faltas en el ejercicio de la medicina y cirugía, y que no se exija ninguna responsabilidad a sus indignos ni falsos profesores (...) con gran perjuicio para la sociedad y honra de la facultad (...) aguardamos pues, una ley que nos saque del caos en que nos hallamos. (Gaceta Médica. Hospital de Caridad Vol 7, 1865, pág. 30).

3.1.4. Educación médica colombiana, entre la influencia europea y norteamericana

El proyecto de crear una universidad de carácter nacional pretendía “deslindar la enseñanza de la ciencia del interés individual, que la ponía en manos de quienes tuvieran con que pagarla.” (Restrepo Zea, 1997, págs. 13-21). Con tal interés, el Congreso aprobó la creación de la Universidad Nacional de los Estados Unidos de Colombia:

Que en cada una de estas Escuelas se enseñen únicamente los ramos especiales que a ella corresponden (...) Que la Biblioteca Nacional quede adscrita a la Universidad en general; el Observatorio Astronómico i el Museo, a la Escuela de Ciencias naturales; el Laboratorio químico, a la Escuela de Medicina, i el Hospital de Caridad i el Militar, también a ésta última escuela,

para el único efecto de que los profesores tengan en ellos anfiteatros i puedan dar convenientemente las enseñanzas que requiera el estudio práctico de la medicina. (Congreso de los Estados Unidos de Colombia, 1867).

De este modo tendría lugar “el restablecimiento de un cuerpo de médicos calificados, por un sistema de estudios y exámenes normalizados” (Foucault, 1975), como el que se encuentra vigente.

En la década de 1880, la educación superior fue puesta bajo el control del poder ejecutivo; el Secretario de Instrucción Pública asumió la Rectoría de la Universidad Nacional, las Facultades de Medicina y Ciencias Naturales se unieron y configuraron la Facultad de Medicina y Ciencias Naturales; el plan de estudios, también llamado Plan Zerda, fue definido mediante el Decreto 0349 de 1892, el cual, en el artículo 52, puntualizaba los lineamientos que debían seguirse en la educación médica en todo el país, que articuló las ciencias naturales a la educación médica hasta entonces ofrecida.

El plan de estudios fue modificado tras las guerras civiles de 1895 y la de los Mil Días (1899 a 1902). El poder compartido entre la iglesia y el Estado se concretó en la exigencia de profesión de fe a los profesores para ejercer la cátedra: “La profesión de Fe se verificará (...) sírvase citar escrupulosamente a los profesores haciéndoles saber que la no asistencia, salvo excusa legítimamente comprobada será considerada como renuncia de la cátedra” (De Francisco Zea, 1999, pág. 56), lo cual contribuyó al cierre temporal de la Facultad Nacional de Medicina, toda vez que muchos profesores, “en defensa de la libertad de cátedra y de pensamiento y en protesta ante la intención de mezclar la ciencia con los asuntos religiosos”, se retiraron de la docencia. (De Francisco Zea, 1999, pág. 57).

Al terminar la Guerra de los Mil Días, el gobierno nacional expidió la Ley Orgánica de Instrucción Pública de 1903 y el

Decreto reglamentario, en 1904, dando lugar al Plan Uribe que, al articular los saberes de la biología en el plan de estudios, dio los cimientos para el desarrollo del enfoque etiológico y para la enseñanza teórica y práctica.

Los lineamientos acerca de la educación se redefinieron mediante la Ley 39 de 1903, que reconoció el poder de la religión católica, y fue menos intransigente en los aspectos de vinculación de los profesionales:

“Art. 1º. La Instrucción Pública en Colombia será organizada y dirigida en concordancia con la Religión Católica (...) Art. 29. Los cursos necesarios para obtener el título de Doctor en Medicina y Cirugía se dividirán en seis años de estudio, por lo menos.” (El Congreso de Colombia, 1903).

En 1931 el gobierno invitó a la Misión Médica Francesa, cuya visita recomendó nuevos contenidos, como biología, fisiología y medicina experimental, y estrategias pedagógicas que permitieran el contacto temprano de los estudiantes con los pacientes y con los laboratorios, de forma tal que correlacionaran las ciencias básicas con la clínica.

En 1934 el cambio de gobierno se acompañó de reformas en la educación. El Plan Olaya Herrera introduce el año preparatorio en el ámbito de la Campaña de Salubridad Rural, que se inició en 1949. El estudiante de medicina, antes de terminar sus estudios, debía cumplir con este requisito; quienes realizaran esta práctica no deberían presentar los exámenes preparatorios y realizaban un curso de higiene, previo al servicio rural (pág. 133-134), práctica que aún se conserva, bajo el nombre de Servicio Social Obligatorio, cuyo ejercicio se prescribe acorde con los cambios políticos del país, tal como se observa en las Resoluciones 2358 de 2014, y 6357 de 2016 del Ministerio de Protección Social. (Esta última estipula lo relacionado con el ejercicio en *Zonas*

Veredales Transitorias de Normalización, previstas dentro del proceso de paz).

Al terminar la Segunda Guerra Mundial (1939-1945), tuvo lugar una tendencia a la industrialización. La población migró a las ciudades y se expandieron los servicios educativos. En el sector salud se dictaron leyes que regulaban el ejercicio profesional, se organizaron las redes hospitalarias y las agremiaciones médicas. En lo que respecta a la educación médica, antes del acontecimiento referido y tras la independencia de España, ejercieron fuerte influencia las escuelas de medicina francesa y alemana; posteriormente, se dio un desplazamiento de la influencia europea a la de Estados Unidos.

En dicho período tuvo lugar la visita a América Latina de la Misión Médica Unitaria [comisión de estudios norteamericana], la cual, en el informe Humphrey (Boletín Clínico, 1950), emitido en 1948, describió la educación médica de la época como:

Un sistema de enseñanza sujeto todavía a los esquemas del llamado “modelo francés o europeo” de enseñanza y práctica de la medicina [que] se basaba en un mayor énfasis en la semiología [el análisis de los signos y síntomas de la enfermedad y la intuición del clínico para llegar al diagnóstico], en la clase magistral, el conocimiento libresco y el sistema de aprendices que acompañaban al maestro por tiempo prolongado sin programas específicos (...), una ausencia completa de la práctica en la actividad educativa, siendo más importantes la memorización y el estudio teórico-libresco, y unas instituciones asistenciales carentes de un verdadero ambiente académico, con muy pobres resultados en sus actividades asistenciales y una colosal desorganización. (Astudillo P, 2003, pág. 33).

La Misión recomendaba algunos cambios a la educación médica. De este modo, se puso en marcha una reforma que acogía,

tanto los preceptos flexnerianos como las recomendaciones de la Conferencia sobre la Enseñanza de la Medicina Preventiva, que tuvo lugar en Colorado Springs, la Asociación Médica Americana y la Asociación Americana de Escuelas de Medicina:

A comienzos de los años 50, la Fundación Rockefeller promovió la creación de las Facultades de Medicina de la Universidad del Valle, en Cali, Colombia, y de Riberão Preto, en la Universidad de São Paulo, Brasil” (Andrade, 1979, pág. 22), con apoyo económico, logístico y de recurso humano de agencias internacionales, que incluían “el suministro de elementos de laboratorio, la construcción de edificios, el apoyo para la formación de docentes criollos en universidades norteamericanas o mediante el desplazamiento a Cali de docentes de dicha nacionalidad o de personas latinoamericanas que se habían formado en dichas universidades. (pág. 35).

La visita de la Misión Médica Unitaria dio lugar a reformas curriculares que posibilitaron a estudiantes e internos desarrollar “el arte de tomar historias, y la enseñanza real al lado de los pacientes”, con un desempeño más activo del interno, quien debía responsabilizarse de la evolución de los pacientes, apoyados “en una tecnología cada vez más sofisticada. Esto, aunado a la entrada de la Fundación Rockefeller y de la Oficina Sanitaria Panamericana” (Quevedo, Pérez, Miranda, Eslava, & Hernández 2008, pág. 283), posibilitaron la transición hacia la orientación fisiopatológica.

En 1950, la Universidad del Valle, adoptó formalmente las recomendaciones del informe Flexner, producto de la evaluación que se realizó a la medicina estadounidense; paulatinamente el país asumió el modelo pedagógico conductista “basado en la tecnología educativa”, en el que fue relevante “el desarrollo de los contenidos y la adquisición de habilidades y destrezas”; el

conocimiento se orientó a realizar un diagnóstico a partir de reconocer “la enfermedad [que] se manifiesta como un conjunto de signos y síntomas”, y luego optar por el tratamiento específico. “Adquieren un gran auge los algoritmos y los manuales médicos, que preparaban al estudiante para que frente a un estímulo [signos y síntomas] tenga una respuesta [tratamiento].” (Díaz Lozano, 2014). La evaluación se realizaba de acuerdo con los objetivos propuestos para una cultura diferente de la colombiana.

Podríamos decir que durante la década de 1950 la atención de los educadores médicos de la América Latina estuvo predominantemente centrada en el cómo hacer, mientras se ignoraban o se daban por supuestos el por qué, el cuánto y el para qué. (Andrade, 1979, pág. 29).

Tres años después, la Misión Lapham, más conocida como la Misión de Tulaine, planteó la necesidad de redireccionar la educación médica hacia el ámbito social, para lo cual se incluyeron en el plan de estudios elementos “prevencionistas”, a través de la epidemiología, la bioestadística y el médico en la comunidad. De este modo, la prevención se fue integrando en el plan de estudios la medicina social, con un marcado componente biopatológico y cuantitativo.

En el Primer Seminario de Educación Médica, que se llevó a cabo en Cali, Colombia, en 1955, los principales centros de formación médica de la región de América Latina y el Caribe adoptaron como recomendación para posicionar la medicina social:

Organizar las escuelas de medicina por departamentos; crear el departamento de medicina preventiva; procurar coordinar horizontal y verticalmente la enseñanza de las diversas asignaturas; incrementar el número de profesores a tiempo completo y a

dedicación exclusiva; establecer el internado hospitalario de un año de duración como requisito para la obtención del grado de médico y adoptar sistemas de limitación de matrícula [cupo] y de selección de los candidatos a ser admitidos en las escuelas. (Borrell Bentz, 2005, pág. 34).

Para la siguiente década, la Organización Mundial de la Salud estableció los “Requisitos mínimos internacionalmente admisibles para la enseñanza de la medicina”, un nuevo régimen que propuso como objetivo de la educación médica “tender a obtener individuos que posean no solo un bagaje de conocimientos fundamentales, sino también las facultades críticas indispensables para seguir perfeccionándose constantemente” (Organización Mundial de la Salud, 1962), lo cual se constituye en a priori del documento Recomendaciones para la transformación de la educación médica en Colombia. (Ministerio de Salud, Ministerio de Educación, 2017).

3.1.5. Entre la asistencia médica y la promoción de la salud

La confluencia del desarrollo de tecnologías orientadas a la guerra, las nuevas técnicas sanitarias para atender pacientes graves y el bajo impacto de los avances biomédicos para el logro de la salud dieron lugar al “desencanto de la asistencia sanitaria”, toda vez que si bien se disponía del avance en los conocimientos técnico-científicos de carácter biomédico, estos solo beneficiaban a una minoría de la población enferma. Los recursos en pos de mejorar las condiciones de salud eran destinados a instituciones de alta complejidad, localizadas en zonas urbanas, situación que ocurría en el ámbito internacional, como concluyó la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud Alma-Ata: “Se

viene confundiendo este mejoramiento con la prestación de asistencia médica a cargo de un número cada vez mayor de especialistas, que emplean tecnologías médicas muy específicas en beneficio de la minoría privilegiada.” (Organización Mundial de la Salud, 1978, págs. 43-44).

A mediados de la década del 70 se creó el Sistema Nacional de Salud, que se definió como el “conjunto de organismos, instituciones, agencias y entidades que tengan como finalidad específica procurar la salud de la comunidad en los aspectos de promoción, protección, recuperación y rehabilitación.” (Ministerio de salud, 1974). Se reconoce la necesidad de reformar programas sanitarios hasta entonces existentes. En este contexto, el Estado, ante la obligatoriedad de procurar el acceso a la salud de la mayoría de la población, adoptó la política de ampliación de la cobertura propuesta en la Declaración de Alma-Ata, que tenía dentro de sus referentes la III Reunión Especial de Ministros de Salud, convocada en 1972 en Santiago de Chile, que aprobó el Plan Decenal de Salud para las Américas, en el que se lee:

Uno de los principales objetivos sociales de los gobiernos, de las organizaciones internacionales y de la comunidad mundial entera (...) [es] que todos los pueblos del mundo alcancen en el año 2000 un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva. (Organización Mundial de la Salud, 1978).

En la década del 80, ante la ineficiencia, la inequidad y los altos costos de la prestación de servicios de salud, que afectaban al continente tras la Guerra Fría, la educación médica fue estratégicamente considerada a la vez causa y oportunidad.

En este contexto emergen dos tendencias en controversia, respecto del saber que debía ser enseñado en los programas de educación médica: la primera, dirigida a la atención de la

enfermedad, con un fuerte componente anatómo-patológico, etiológico, fisiopatológico, clínico, biomédico e individual, liderada por la Asociación Médica Mundial; la segunda, orientada al mantenimiento de la salud a través de la cultura de la promoción y de la prevención, con un fuerte componente social y de salud pública, planteada por la Organización Mundial de la Salud.

La Asociación Médica Mundial, en la Declaración sobre Recursos Humanos Médicos I y III, enfatizó en la necesidad de garantizar la relación de los estudiantes con los pacientes, para lograr experiencia clínica y atención médica de alta calidad. (Asociación Médica Mundial, 1983). Esta recomendación, orientada a reforzar la atención individual del paciente, permaneció vigente hasta el Encuentro de Chile, en 2005:

Aquellos que están a cargo de la dirección de los programas de educación médica en cada país, deben dar a conocer a sus estudiantes la importancia de obtener experiencia en la práctica médica, a fin de adquirir un conocimiento médico básico y la necesidad de tener una experiencia médica continua para poder mantener dicho conocimiento. (...) Cuando no se tiene la seguridad de que el estudiante tenga la oportunidad de adquirir la experiencia necesaria para alcanzar un conocimiento básico, debe solicitarse al estudiante que reconsidere el valor de la educación médica. (Asociación Médica Mundial, 1984).

La misma Asociación, tres años después, en la 39a Asamblea General, en Madrid España, en octubre de 1987, emitió una serie de recomendaciones que permanecieron sin modificaciones por más de una década, entre las cuales se destacan:

El objetivo es preparar a los estudiantes de medicina, a los médicos residentes y a los médicos en ejercicio a aplicar los últimos descubrimientos científicos en la prevención y tratamiento

de enfermedades que afectan al ser humano, y en el alivio de enfermedades actualmente incurables. La formación médica inculca también en los médicos normas éticas de pensamiento y conducta, que ponen énfasis en el servicio al prójimo, más que en el lucro personal (...) [Y señaló como finalidad]: Formar médicos que, conforme a su preparación, tienen derecho a ejercer su profesión sin limitaciones. (Asociación Médica Mundial, 1987).

Lo anterior corresponde a una resistencia frente a las presiones gubernamentales, que referenciaban las intervenciones de carácter preventivo.

En cuanto al contenido de la enseñanza, esta tendencia prescribió:

El programa docente debe incluir el estudio de las ciencias biológicas y del comportamiento, así como el de los aspectos socio-económicos de la atención sanitaria. Estas ciencias son indispensables para comprender la medicina clínica. Debe exigirse también el sentido crítico y autodidacta, así como una profunda adherencia a los principios éticos que sirven de base a la profesión. (...) Debe incluir experiencias directas en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades. (...) El reconocimiento de la facultad requiere que esta disponga de bibliotecas, laboratorios de investigación, clínicas y áreas de estudio en cantidad suficiente para responder a las necesidades de todos los estudiantes. Además, debe haber una estructura administrativa adecuada y registros académicos apropiados. Una vez que los elementos vitales están disponibles, la formación clínica de médicos generales y de especialistas puede ser patrocinada por una universidad o por un hospital. (Asociación Médica Mundial, 1987).

Lo anterior da cuenta de la predominancia del enfoque biomédico, clínico patológico.

La segunda tendencia fue socializada en la Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, que emitió la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, dirigida a la consecución del objetivo “Salud Para Todos en el año 2000”:

El sector sanitario debe jugar un papel cada vez mayor (...), de tal manera que trascienda la mera responsabilidad de prestar servicios clínicos y médicos. Deben tomar una nueva orientación que sea sensible a las necesidades culturales de los individuos y las respete. Así mismo, deberá favorecer la necesidad por parte de las comunidades de una vida más sana y crear vías de comunicación entre el sector sanitario y los sectores sociales, políticos y económicos. (Organización Panamericana de la Salud, 1986).

Esta nueva racionalidad planteó un concepto más amplio de salud, que trasciende el enfoque de ausencia de enfermedad y de bienestar, al considerar que:

La salud se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana (...) Es el resultado de los cuidados que uno se dispensa a sí mismo y a los demás, de la capacidad de controlar la vida propia y de asegurar que la sociedad en que uno vive ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado de salud, así como cambios en la educación y formación profesional, por lo cual, a los profesionales y al personal sanitario les corresponde asumir la responsabilidad de actuar como mediadores entre los intereses antagónicos y a favor de la salud. (Organización Panamericana de la Salud, 1986).

Dos años después, en la Conferencia Mundial sobre Educación Médica, que se realizó en Edimburgo en 1988 (Organización Panamericana de la Salud Organización Mundial

de la Salud, 1988), comenzó a resquebrajarse el paradigma del conocimiento médico al que solo lograban acceder y comprender algunos miembros del equipo de salud, para compartirlo en un intercambio de saberes con profesionales de otros sectores, representantes del gobierno, políticos, administradores, técnicos sanitarios y con la comunidad en general. Del mismo modo, se replanteó el campo de acción para el médico, se precisó el perfil profesional, así como la perspectiva de la educación como “productora de sujetos”, vía la “capacitación” de los docentes y de los estudiantes, a través de:

un programa educativo centrado en la comunidad y que esté más orientado a las prioridades de salud, recalcando la promoción, la prevención y el auto-aprendizaje, en un programa de estudios basado en la competencia. Se recalca la cooperación entre los Ministerios de Salud y de Educación en el desarrollo conjunto de políticas y en la planificación de programas en esta área, y se buscan mejores políticas de admisión para ajustar el adiestramiento a las necesidades nacionales. (Organización Panamericana de la Salud Organización Mundial de la Salud, 1988).

Si bien la estrategia se enfocó desde la perspectiva de la salud como “un Estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente en la ausencia de afecciones o enfermedades” (Conferencia Sanitaria Internacional, 1946, pág. 100), acogida por 61 Estados, y se mantuvo sin modificar hasta 2013, ha prevalecido el paradigma de la atención como mecanismo para mantener la salud.

La Declaración de Alma-Ata no solo instó a la actuación urgente de los gobiernos, del personal de salud, de las organizaciones sociales, de las comunidades e individuos, para lograr el acceso equitativo a la salud, sino que contribuyó al desplazamiento de la concepción de la salud como efecto de

la naturaleza, de la voluntad divina, del desarrollo técnico-científico, de la labor individual del médico o de la cooperación del paciente para con este, para ser el producto de acciones conjuntas de carácter gubernamental y comunitario a través de lineamientos generales que debían ser apropiados en los niveles locales, de acuerdo con las especificidades de las poblaciones.

De igual forma, se insistió en la insuficiencia de los avances biomédicos para el logro de la salud:

Las investigaciones científicas continúan produciendo fructíferas recompensas; pero el hombre necesita más que solo la ciencia, y son las necesidades de salud de la raza humana en general y de toda la persona, lo que los educadores médicos deben afirmar (...). El objetivo de la educación médica es producir médicos que fomenten la salud de todas las personas, y ese objetivo no se está cumpliendo en muchos lugares, a pesar del enorme progreso que se ha realizado durante este siglo en las ciencias biomédicas. El paciente debe poder esperar contar con un médico capacitado que sepa escuchar, sea observador cuidadoso, comunicador sensible y clínico eficiente; pero ya no es suficiente sólo tratar a algunos de los enfermos. Miles de personas sufren y mueren cada día de enfermedades que son prevenibles, curables o autoinfligidas, y millones no tienen acceso rápido a ningún tipo de atención de la salud. (Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, 1988).

De este modo, se adjudicaron nuevos fines a la relación médico-paciente. El médico ya no solo se ocuparía de la atención a las enfermedades, sino también del fortalecimiento de quienes no presentando ninguna afección deben ser educados para que conserven su estado de salud. (Ver Tabla No. 5). De igual forma el desarrollo del conocimiento médico es impelido a avanzar en dos direcciones: ya no solo en el campo

de las ciencias básicas y en las ciencias clínico-hospitalarias (como lo hiciera el Informe Flexner), sino también en el de las necesidades locales de salud.

Tabla 5. Relación clínico educativo prevencionista

Elementos	Descripción
Paciente	Desde la perspectiva en la que la salud no es un bien que se da, sino que ha de generarse desde dentro, se constituye en la principal fuente de su salud; para ello requiere del apoyo y la capacitación, que le permita mantenerse sano a sí mismo, a su familia y a su comunidad.
Médico	Profesional inserto en los equipos de salud, que piensa en función de la salud, más que de la enfermedad; por tanto, genera acciones de promoción y prevención, y no solo de atención y rehabilitación; hace uso óptimo de los recursos financieros y materiales disponibles, actúa en función de las prioridades nacionales en materia de salud y enfermedad, para lo cual debe reconocer a la comunidad como gestora en las cuestiones relacionadas con su salud, condiciones de vida y bienestar.
Finalidad	Brindar atención inicial, aportar información, educación para la salud, y potenciar las habilidades para la vida.

Fuente: Los autores. Información tomada de: Carta de Ottawa. Mahler, 1986

En el mismo sentido de la primera Carta de Derechos del Paciente de 1973, se pronunció la Asociación Médica Mundial, en la 34ª Asamblea Médica Mundial que se llevó a cabo en Lisboa, Portugal, durante septiembre y octubre 1981, en cuya Declaración, que se mantuvo vigente hasta 2005, señaló:

La relación entre los médicos, sus pacientes y la sociedad toda ha sufrido importantes cambios en los últimos años. Aunque el médico siempre debe actuar de acuerdo a su conciencia y en el mejor interés del paciente, se deben hacer los mismos esfuerzos, a fin de garantizar la autonomía y justicia con el paciente. (...)

Los médicos y otras personas u organismos que proporcionan atención médica, tienen la responsabilidad conjunta de reconocer y respetar estos derechos. Cuando la legislación, una medida del gobierno, o cualquier otra administración o institución niega estos derechos al paciente, los médicos deben buscar los medios apropiados para asegurarlos o restablecerlos. (Asociación Médica Mundial, 1981).

Los derechos definidos en la Declaración hicieron referencia al acceso de los diversos tipos de pacientes (los pacientes inconscientes y los legalmente incapacitados), a las intervenciones y los procedimientos contra la voluntad del paciente, a la aceptación o rechazo de apoyos e intervenciones, a la atención médica de buena calidad, a la libertad de elección, a la autodeterminación, al acceso a la información y la educación sobre la salud, al derecho a la reserva de su información bajo secreto, al trato digno y a la asistencia religiosa.

El acceso equitativo a procedimientos diagnósticos y terapéuticos: “iguales medicamentos, iguales quirófanos, iguales procedimientos exploratorios, mejores hospitales, compensación por accidentes de trabajo y seguros diversos” propició un cambio cualitativo en el fundamento de la relación médico-paciente: el cuerpo del paciente, “confiado sin condiciones”, pasó a ser presentado al médico con expresa y efectiva “conciencia del derecho a la asistencia que se va a recibir”; el médico, además de “técnico de la curación, es el representante visible de la sociedad, sobre quien recae el deber de la asistencia”, la cual es requerida ya no solo en caso de enfermedad grave, sino ante sospecha de posible dolencia; la enfermedad deja de ser solo calamidad, para ser un posible recurso bajo forma de indemnización o asistencia gratuita; la posesión del cuerpo por el enfermo dará lugar a que este acepte o no prestarse para la enseñanza médica.

3.1.6. Reorientación de la enseñanza para rediseñar al médico

La Cumbre Mundial de Educación Médica, considerada por algunos como el más importante acontecimiento internacional en este campo, emitió sus conclusiones y recomendaciones en la Declaración de Edimburgo, en 1993. (Federación Mundial para la Educación Médica, 1993). E instó a que “las instituciones de educación médica den una respuesta efectiva a las necesidades de la sociedad, de tal forma que se legitime su razón de ser”, desde un cambio de paradigma, de la lucha contra la enfermedad al posicionamiento de la salud, en el que se plantea:

La salud está influida en gran medida por factores que se encuentran fuera del sector de la salud. A medida que nos movemos del tratamiento de una enfermedad a una orientación hacia la salud para prevenir las enfermedades y promover la salud, se hace necesaria la participación de otros sectores. Los médicos en el futuro tendrán que preocuparse cada vez más por cuestiones no directamente relacionadas con la salud. (Federación Mundial para la Educación Médica, 1993)

Para ello, formuló 22 recomendaciones, organizadas en cinco grandes temas:

El primero, referido a la **práctica médica y la política**, señala que para garantizar la congruencia entre los saberes que deben aprender los estudiantes y las necesidades de la sociedad en la que habrán de ejercer, estos deben ser proyectados, planeados, concertados y desarrollados en “unión útil con el sistema de salud”, para lo cual insta al personal de salud, a los estudiantes en formación, a quienes van a recibir sus servicios, a los Ministerios de Salud y de Educación, a las instituciones docentes y los representantes de instituciones públicas a que articulen

“sus políticas y programas, para asegurar una coherencia en la formación y utilización del personal adiestrado (...) Las escuelas de medicina deben participar más activamente en el desarrollo del sistema de salud, así como en el adiestramiento del personal.”

El segundo, relacionado con la **respuesta educacional**, hace un especial pronunciamiento en cuanto a la necesidad de cualificar el personal docente: “instituir programas para elevar la experiencia docente y las capacidades de comunicación de sus profesores”, garantizar la participación de los estudiantes en la “planificación de los objetivos, elaboración de los programas de estudios, en la enseñanza y en la evaluación”, así como diseñar un plan de estudios en el que se “promueva la integración de las ciencias biomédicas con las ciencias de la conducta y sociales en las disciplinas clínicas y de salud pública, y poner énfasis en las ciencias económicas, estadísticas, de la administración e información, afines al trabajo clínico.”

Propuso, además, la revisión e innovación en “los métodos activos de aprendizaje centrados en el estudiante (...), basados en la competencia y en correspondencia con las necesidades locales del personal de salud”, y amplía el compromiso ético con el paciente al compromiso con la comunidad y con las instituciones de salud. Al respecto, señala:

Ambos niveles exigen relaciones comparables: entre el doctor y el paciente, por un lado, y entre el proveedor de atención de salud y la comunidad, por el otro. [E incluyó]: Otra esfera de la ética médica, y más reciente, atañe a la determinación de las prioridades y la asignación de recursos para la atención, de acuerdo con las necesidades.

El tercero insiste en la necesidad de procurar un equilibrio en el número de “médicos generales y especialistas, adiestrados en correspondencia con las necesidades locales, y vinculados en

un espectro continuo con la educación médica regular y la educación médica continuada”

El cuarto, bajo el tema: **asociados en el aprendizaje**, propuso

...la educación multiprofesional, donde los miembros de diferentes profesiones de la salud son adiestrados en conjunto. Esta educación crea y eleva espíritu de trabajo en equipo y la colaboración esencial de la medicina con el personal de salud afín. [Consideró]...esencial la participación de las comunidades en la educación médica y en las decisiones administrativas de las instituciones educacionales, [como estrategia para] enfrentar a los estudiantes con las demandas reales de participación, conjuntamente con los pacientes y con el público.

Finalmente, en el quinto tema, relacionado con los **lugares para el aprendizaje**, las recomendaciones insistieron en las ventajas de campos de práctica, diferentes al medio hospitalario:

Diversos medios, tanto médicos como no médicos (centros de trabajo, escuelas, poblados y hogares), posibilitarán el contacto de los estudiantes con un espectro más real de problemas de salud, condiciones humanas y modelos de rol profesional, que les permitirá incrementar y enriquecer sus experiencias en el hospital.

De esta manera, se planteó la educación médica como un proceso orientado a la formación para la salud y para el desempeño, en el marco de la incertidumbre propia del porvenir.

Un médico rediseñado para el siglo XXI, con una red global en funcionamiento para promover, implementar y desarrollar las veintidós recomendaciones específicas y para asegurar su inevitable reinterpretación con los cambios futuros. (Federación Mundial para la Educación Médica, 1993).

En el mismo período tuvo lugar el Encuentro Continental de Educación Médica, en Punta del Este, Uruguay, en 1994, cuyo informe destacó el escaso avance de las instituciones de educación “frente a los desafíos provocados por la necesidad de salud, el agravamiento del cuadro social y el desarrollo de nuevos conocimientos, tecnologías y procesos (...), [ante lo cual proponen] orientar la formulación de un nuevo paradigma que revalorice la salud, contemplando sus aspectos biológicos y sociales, para la construcción de un desarrollo humano sustentable y comprometido con las próximas generaciones.” (Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, 1995, pág. 119).

Así mismo, la Conferencia Mundial sobre Educación Médica, realizada en Santa Fe de Bogotá en 1995, coincidió en señalar los escasos cambios logrados en la educación médica y el aumento desproporcionado de facultades, ante lo cual retomó lo planteado en las Declaraciones de Edimburgo 1988 y 1993; además, recomendó la participación activa de la universidad en los procesos de transformación del sector salud, asumir los principios de calidad y responsabilidad social como base para la adecuación curricular, así como lo relacionado con los procesos de acreditación de instituciones de enseñanza en ciencias de la salud. (Malagón Londoño, Galán Morera, & Pontón Laverde, 2008).

De igual manera, la 48ª Asamblea Mundial de la Salud, realizada en Ginebra en 1995, abordó en su agenda el tema: Reorientación de la enseñanza y del ejercicio de la medicina en pro de la Salud Para Todos, en el cual compartió las preocupaciones planteadas e instó a los Estados miembros para que:

...apoyen los esfuerzos para mejorar la idoneidad de los programas de enseñanza de la medicina (...) y reformen la enseñanza básica con arreglo al espíritu de la labor y a las

funciones de los médicos generales para su contribución a los servicios orientados a la atención primaria de salud”, y al director general de la Organización Mundial de la Salud (OMS), para que contribuya con el desarrollo de directrices y modelos que permitan a las escuelas de medicina y a otras instituciones docentes potenciar su capacidad de formación inicial y continua del personal médico, y reorientar sus actividades de investigación, clínicas y de salud comunitaria, para aportar una contribución óptima a los cambios en las modalidades de prestación de la asistencia sanitaria. (48a Asamblea Mundial de la Salud WHA48.8, 1995).

Seis años después, frente a los escasos cambios logrados en los procesos de educación médica, la Federación Mundial de Educación Médica presentó el Programa de Estándares Internacionales en Educación Médica¹⁵, en Copenhague, 14-16 de octubre de 1999, orientado a:

Estimular a las facultades de medicina a formular sus propios planes para el cambio, para la mejora de la calidad, de acuerdo con las recomendaciones internacionales, y establecer un sistema de evaluación y acreditación de las facultades de medicina para garantizar estándares mínimos de calidad para los programas de medicina. (The World Federation of Medical Education, 1998).

Los estándares internacionales fueron propuestos como una estrategia para proteger en el ámbito global la práctica de la medicina y la utilización del potencial humano de los médicos. El programa fue desarrollado en su totalidad por un equipo de trabajo multidisciplinario e internacional, que definió: los estándares en educación médica básica, los de la educación médica postgraduada y los del desarrollo profesional

¹⁵ Programa elaborado por la Federación Mundial de Educación Médica, aprobado por la Organización Mundial de la Salud y la Asociación Médica Mundial

continuo, los cuales constituyeron la trilogía de la WFME, “Estándares Globales para la Mejora de la Calidad”, presentada en la Conferencia Mundial de Educación Médica “Estándares Globales en Educación Médica para una mejor Asistencia Sanitaria”, celebrada en Copenhague en 2003.

En lo que respecta a la educación médica de pregrado, objeto de interés de este texto, señaló:

La base científica de la medicina es universal y el cometido de la educación médica en cualquier lugar del mundo es la prestación de asistencia sanitaria. A pesar de las variaciones, el propósito principal de la educación médica en cualquier sociedad es la preparación de los estudiantes para la práctica de la medicina en dicha sociedad. (Oficina de la WFME, 1999.pág. 85).

De esta manera, el ejercicio de la medicina se desplazó, de la búsqueda de salud a la asistencia sanitaria. El documento propuso:

...la posibilidad de definir un núcleo curricular global [basado] en la teoría y en la práctica fundamentales de la medicina, en las ciencias biomédicas básicas específicas, conductuales y sociales, capacitación clínica general, capacitación en la toma de decisiones clínicas, habilidades comunicativas y ética médica. (pág. 85).

En la primera década de 2000 confluyeron los estándares propuestos por la Federación Mundial de Educación Médica antes mencionados, los cuales fueron adoptados por América Latina (Sociedad Española de Educación Médica, Federación Panamericana de Facultades y Escuelas de Medicina (FEPAFEM), Asociación de Facultades de Medicina de Chile

(ASOFAMECH) y Otros, 2001), en la Declaración de Granada sobre estándares en la Educación Médica de Pregrado, del mes de octubre de 2001, con los lineamientos sobre competencias profesionales propuestos por el Espacio Común Europeo de Educación Superior (Acuerdos de Bolonia), también llamado Proyecto Tuning, en el que las “competencias” hacen alusión a “una combinación de atributos relacionados con el conocer y el comprender (conocimiento teórico); el saber cómo actuar (la aplicación práctica y operativa); y al saber ser (valores)” (Comisión Europea, 2007), todos ellos claramente mediados por intereses económicos y políticos.

Desde 2002 fue preparado el proyecto ALFA Tuning-América Latina, con la participación de quince universidades colombianas que trabajaron sobre doce áreas profesionales. En lo que respecta a la educación médica, participaron la Universidad Tecnológica de Pereira, la Pontificia Universidad Javeriana y el Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario. El proyecto fue presentado por un grupo de universidades europeas y latinoamericanas a la Comisión Europea a finales de octubre de 2003. (Comisión Europea, 2004). La aprobación en esta instancia garantizó los recursos para capacitación de directivos y de docentes.

En el mismo sentido, en Colombia se han formulado directrices por entidades nacionales. Se destacan los lineamientos que al inicio del siglo XXI ofreció la Asociación Colombiana de Facultades Medicina (ASCOFAME), a través de la propuesta de un currículo nuclear, valga decir, de contenidos temáticos nucleares orientados a garantizar que las instituciones de educación médica: “...den identidad al médico general que estamos formando, y faciliten los aspectos relacionados con intercambios nacionales e internacionales. Este núcleo curricular podría ser definido por ASCOFAME en correspondencia con los estándares internacionales.” (Asociación Colombiana de Facultades de Medicina ASCOFAME, 2003, pág. 8).

La propuesta definió los contenidos mínimos que deberían ser aprendidos durante el proceso de formación de los estudiantes de medicina, los cuales serían adoptados por los diferentes programas de medicina, dando un “sello particular” a la educación médica ofrecida en cada uno de ellos, a partir de los saberes inscritos en el componente flexible o complementario:

En resumen, la propuesta de currículo nuclear se concreta en:

Dos ejes transversales y permanentes de la formación del médico:

- Ética y bioética como base de la fundamentación humanística.
- Biología Molecular como base de la fundamentación científica.

Y en dos bloques integradores:

- Semiología
- Epidemiología clínica

Y en las ciencias clínicas aplicadas, con base en el perfil epidemiológico y demográfico del país, y en las competencias esperadas para el médico, con base en lo que debe y puede hacer. (pág. 11).

Una década después emergen propuestas en las que se afianza la educación médica en términos de la formación del talento humano en salud, las cuales han dado lugar a una plataforma de resistencia política, en la que se procura restablecer el liderazgo y centralizar la gestión de la educación médica en los formadores; la cual estaría constituida por los responsables directos de la Educación Médica con espacios de participación de los ministerios y las agremiaciones de estudiantes, está de acuerdo con lo planteado en la reforma a la educación, correspondería al “Consejo General de Educación Médica -CGEM-.” (ASCOFAME, 2017).

Los cambios que están siendo propuestos al cierre de esta publicación, tienen como referente lo planteado en 2014, de manera conjunta por:

...un grupo interinstitucional, liderado por el Colegio Médico, en el cual están participando representantes de la Comisión de Educación de la Academia Nacional de Medicina, universidades y profesionales médicos con amplia experiencia profesional y docente. En sesiones de trabajo de este grupo han participado, igualmente, representantes de los Ministerios de Salud y Protección Social, y de Educación Nacional, del ICFES, de la Organización Panamericana de la Salud -OPS- y de la Organización Mundial de la Salud -OMS- (...), las cuales reorientan “el enfoque fundamental del perfil y las competencias profesionales del médico (el cual) se debe centrar en la conservación y desarrollo de la salud individual y colectiva. (...), el médico se desempeña básica, aunque no exclusivamente, en las instancias iniciales de la atención de la salud (primer nivel), y debe atender a las personas sanas o enfermas, por lo cual habrá de orientar su labor a la persona, la familia y la comunidad, de acuerdo con sus principios científicos, éticos, comunicativos y de profesionalismo, en armonía con el equipo de salud. El médico colombiano debe recuperar su autonomía para tomar decisiones en relación con las características tanto individuales, familiares y contextuales de los pacientes, considerando la incidencia y la prevalencia de los problemas relacionados con la salud de las personas y de la comunidad. En esa línea, será un profesional competente, con excelente comprensión de la relación médico-paciente, y con cuatro dominios: primero, conocimiento especializado y biomédico; segundo, autonomía intelectual en la toma de decisiones; tercero, compromiso de servicio social; y cuarto, autorregulación. (Ministerio de Salud y Protección Social, Academia Nacional de Medicina, Ministerio de Educación Nacional, 2014).

Los criterios al momento del cierre de la publicación, emitidos por los Decanos de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina -ASCOFAME-, reunidos en el “Consenso de Montería sobre Educación Médica” (Asociación Colombiana de Facultades de Medicina ASCOFAME, 2017) dan cuenta de otro modo de ver la educación médica colombiana, desde el cual se procura dar respuesta a las problemáticas más relevantes para el gremio médico y para la sociedad:

La Medicina es una profesión y no un oficio; Es necesario dignificar la profesión médica; La Medicina debe estar sometida a los más altos estándares de calidad; La Educación Médica se fundamenta en el “Aprender a aprender”, en valores y principios (profesionalismo), en la autorregulación, y en la capacidad de tomar decisiones en situaciones complejas, para lo cual requiere trabajo en equipo, comunicación asertiva y liderazgo; La Educación Médica es verdadera educación (sistema pedagógico), y no simple entrenamiento, se da en diferentes escenarios soportados en la universidad y debe ser interdependiente con las necesidades de la sociedad, debe ser pertinente, está íntimamente relacionada con el derecho fundamental a la salud de los individuos y de la comunidad, y con la autonomía universitaria, por lo cual debe tener consideraciones especiales dentro del contexto de la Educación Superior en Colombia. (ASCOFAME, 2017)

Las prescripciones señaladas orientan la búsqueda de la calidad direccionada por el Ministerio de Educación Nacional, establecida como requisito para otorgar el registro calificado (autorización de funcionamiento) a los programas de Medicina, la cual se ha ido posicionando en el presente, dando lugar a rediseños curriculares a partir de los cuales se constituyen nuevos sujetos durante el proceso de educación, a partir de la

formación por competencias aspecto cuyos referentes serán abordado más adelante.

Dada la reciente emergencia de este nuevo régimen de veridicción, se considera pertinente analizar sus efectos una vez haya sido adoptado por las diferentes instituciones e instancias que ofrecen la educación médica de pregrado en Colombia.

3.1.7. Lineamientos gubernamentales nacionales

A partir de la Constitución de 1991, Colombia se transforma en un Estado Social de Derecho y entra en procesos de reordenamiento y reestructuración que involucran los diferentes sectores económicos, políticos y sociales.

¿Autonomía para la sujeción?

Al reconocer la educación como derecho individual y servicio público, el Estado adoptó dentro de sus compromisos: “Regular y ejercer la suprema inspección y vigilancia de la educación, con el fin de velar por su calidad, por el cumplimiento de sus fines y por la mejor formación moral, intelectual y física de los educandos.” (Asamblea Nacional Constituyente-Constitución Política de Colombia, 1991, pág. artículo 67).

En lo que respecta a la educación superior, el Estado garantizó la autonomía universitaria:

Las universidades podrán darse sus directivas y regirse por sus propios estatutos, de acuerdo con la ley. La ley establecerá un régimen especial para las universidades del Estado. El Estado fortalecerá la investigación científica en las universidades oficiales y privadas y ofrecerá las condiciones especiales para su desarrollo. (Asamblea Nacional Constituyente-Constitución Política de Colombia, 1991, pág. Artículo 69).

Los mecanismos de control y gestión de la educación médica fueron establecidos en el Decreto 1849 de 1992 (Presidencia de la república), por el cual fue creado el Consejo Nacional para el Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud, y por la Ley 30 de 1992, la cual conceptualizó la educación superior como:

...un proceso permanente que posibilita el desarrollo de las potencialidades del ser humano de una manera integral, (...) y tiene por objeto el pleno desarrollo de los alumnos y su formación académica o profesional (...), orientado al logro de la autonomía personal. (Colombia, Congreso de la República, Ley 30 de 1992). [En el caso particular de] Los programas de pregrado [se orientan a constituir sujetos] para el desempeño de ocupaciones, para el ejercicio de una profesión o disciplina determinada. (art. 5 y 9).

En lo que respecta a las universidades, reglamentó la autonomía universitaria (art. 28), consagrada en la Constitución Política de Colombia, lo cual aumentó la oferta de programas de Medicina, muchos de ellos estimulados por procesos de orden regional / internacional, con los lineamientos del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), en un intento de aumentar la asistencia de salud a partir de dar libertad en la formación de los médicos.

Otras condiciones de la formación de profesionales de la salud fueron prescritas en la “política relacionada con la formación, desempeño y distribución del recurso humano en salud” (Colombia. Presidencia de la República, 1992, Decreto 1849), producto de la coordinación establecida entre los Ministerios de Salud, Educación, y Trabajo y Seguridad Social, en el marco del Consejo Nacional para el Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud, organismo adscrito al Ministerio de Salud, creado para concertar dicha política, la cual, antes de ser emitidos los

lineamientos con los cuales se habría de organizar el servicio público de la educación superior, determinó los elementos constitutivos del saber requerido, a través de:

los aspectos relacionados con la dinámica que deben tener los currículos de las ciencias de la salud (...), asignación de campos de práctica en el componente de interacción, educación y servicio, para los estudiante de pregrado y postgrado (...), mecanismos y estudios evaluativos sobre el impacto de la función educativa en los servicios de la salud (...), mecanismos que permitan precisar responsabilidades en la articulación docente-asistencial, (así como el seguimiento y control a través de) (...) parámetros y mecanismos de supervisión y evaluación de los programas conjuntos que se adelanten en las diferentes áreas. (Colombia. Presidencia de la República, 1992, Decreto 1849).

De esta manera, la educación de los médicos, así como de los demás miembros de los equipos de salud, fue conducida con criterios gubernamentales, indicados por los tres ministerios (Salud, Educación y Protección Social) que privilegiaban “las necesidades del Sistema de Salud y las exigencias de la integración docente-asistencial en los campos de atención técnico-científicos y administrativos.” (Colombia. Presidencia de la República, 1992, Decreto 1849).

El mecanismo articulador de los tres sectores, propuesto en la política antes mencionada, se fue afianzado en el marco de disposiciones complementarias que garantizaban el funcionamiento del sistema general de seguridad social en salud, de acuerdo con lo previsto en la Ley 100 de 1993, en la cual se estipularon los convenios docente-asistenciales:

Para desarrollar programas de pregrado o posgrado en el área de salud (...), las instituciones de educación superior deberán

contar con un centro de salud propio o formalizar convenios docente-asistenciales con instituciones de salud que cumplan con los tres niveles de atención médica (...), para poder realizar las prácticas de formación. (Colombia, Ley 100 de 1993, 1993).

Además, incidió en lo relacionado con las labores formativas, la selección de los docentes, el número de estudiantes que podrían admitirse y los estímulos a través de becas a estudiantes. (Artículo 193).

Los convenios docente-asistenciales para el sector salud fueron reglamentados a mediados de la década del noventa por el Ministerio de Salud, definiendo la relación docencia-servicio como:

El vínculo para articular en forma armónica las acciones de Instituciones Educativas e Instituciones que presten servicios de Salud para cumplir con su función social, a través de la atención en salud de la comunidad y la formación del recurso humano que se encuentra cursando un programa de pregrado o de postgrado en el área de la salud. (Colombia, Ministerio de Salud, Decreto 190, 1996).

De igual manera, se estipularon las funciones de cada una de las instituciones que participaban, el mecanismo de concertación y su influencia, en terminos del número de estudiantes que podrían ser admitidos y de las funciones asistenciales que habrían de desempeñar para su adecuada fundamentación.

En la primera década del siglo XXI, de acuerdo con lo indicado por la Constitución Nacional, en cuanto al servicio de educación superior (Colombia, Ley 30 de 1992, 1992), fueron prescritos mediante decreto (Ministerio de Educación Nacional Decreto 0917, 2001) y posteriormente mediante resolución (Ministerio de Educación Nacional, 2003) “los estándares de calidad en programas académicos de pregrado en Ciencias de la

Salud” (Ministerio de Educación Nacional Decreto 0917, 2001). Referentes de esta reorientación de la educación médica son los estándares internacionales propuestos por la Federación Mundial de Educación Médica, así como por el Acuerdo de Bolonia, antes mencionados.

Los estándares establecieron las especificidades curriculares básicas de los diferentes programas, así como aspectos administrativos, financieros, de dotación, infraestructura y mercadeo, a fin de garantizar la calidad de la educación:

El programa debe garantizar una formación integral, que le permita al profesional desempeñarse en diferentes escenarios de la salud, con el nivel de competencia científica y profesional que las funciones propias de cada campo le señalan. Los perfiles de formación deben contemplar, al menos, el desarrollo de las competencias y destrezas profesionales de cada campo y las áreas de formación, que se enuncian a continuación:

1.1. Competencias: desde una perspectiva integral, para la promoción y mantenimiento de salud; la prevención, pronóstico y diagnóstico de las enfermedades; desarrollo de competencias terapéuticas y de rehabilitación, científicas e investigativas, administrativas y gerenciales y de docencia en salud.

1.2. Áreas de formación:

1.2.1. Ciencias exactas y naturales, ciencias básicas médicas, áreas clínicas, área social, comunitaria y humanística, investigación, epidemiología; análisis del ejercicio profesional y fundamentos éticos y legales que sustenten el desempeño profesional.

1.2.2. Componente complementario o flexible, que permita atender opciones de diversificación profesional y satisfacer los intereses particulares de los estudiantes. (Ministerio de Educación Nacional Decreto 0917, 2001).

Los estándares prescribieron las especificidades curriculares básicas de los diferentes programas, así como aspectos administrativos, financieros, de dotación, infraestructura y mercadeo, a fin de garantizar la calidad de la educación, delimitada por la fundamentación teórica y metodológica de cada profesión, y por las normas específicas que regulan el ejercicio profesional.

Formación integral: finalidad y medio.

Los discursos actuales de la educación médica institucionalizada conducen de manera recurrente a “formar médicos integrales”, enunciado que atraviesa los aspectos misionales, los objetivos de la formación, la descripción general del currículo, el perfil profesional, el plan de estudios y las asignaturas, hasta configurarse en una regularidad discursiva sobresaliente.

La formación integral, en calidad de función enunciativa trazada en los documentos revisados, “engloba elementos arqueológicamente distintos.” (Foucault, 2006). La integralidad corresponde, de una parte, a la educación médica, en tanto proceso de formación y, de otra, al sujeto que se propone formar, entre los cuales es posible establecer correlaciones.

El sujeto médico integral que se procura constituir se complementa arqueológicamente con la integralidad del proceso de educación, adelantado desde estrategias y temáticas específicas, que dan cuenta del desplazamiento de la educación centrada en la enfermedad, el hospital, el laboratorio, el cadáver, la atención al individuo, la enseñanza y los docentes, a la educación dirigida a la salud, la comunidad, el individuo inserto en su comunidad, el aprendizaje y el agenciamiento del estudiante.

Para una mejor aproximación a lo dicho, se ha dispuesto la descripción de las temáticas aceptadas como válidas, y las estrategias para que el estudiante aprenda.

En cuanto a la integralidad de la temática que debe ser aprendida por el estudiante durante el proceso de educación, esta se procura a partir de estrategias de orden académico, que articulan los saberes históricamente considerados como pertinentes, a “innovaciones pedagógicas orientadas a promover la formación de un médico integral ético y solidario, mediante una enseñanza que favorezca el aprendizaje autónomo del estudiante”. En algunos casos es diferenciada y delegada al desarrollo de actividades de formación complementaria, mediante expresiones, tales como: “Practica el deporte, las artes y demás manifestaciones de la cultura, conoce y maneja la informática y otros idiomas, con lo cual adquiere una formación integral”, o en actividades de libre elección del estudiante a partir de una oferta general que hace la institución. En el caso de la Universidad de Los Andes, el Consejo Académico aprobó la creación del Ciclo Básico Uniandino (CBU), en reemplazo de la formación integral.

Algunos antecedentes de la integralidad son referidos desde la década del cuarenta, en funciones enunciativas, como el concepto de “enseñanza integrada de las ciencias básicas con las ciencias clínicas” (Borrell, 2005, pág. 34), desarrollado por la Escuela de Medicina de la Universidad de Western Reserved, el cual distó de las recomendaciones curriculares flexnerianas que advertían un riesgo al “mezclar las materias clínicas y las preclínicas”, por considerar que podría incurrirse en “errores de construcción del plan de estudios o la captación errada de la información.” (Patiño Restrepo, 2011, pág. 142).

En el informe de las Conferencias sobre la Enseñanza de la Medicina Preventiva, realizadas en Colorado Springs, en 1952, se lee: “El evento sirvió para sentar las bases de lo que en ese entonces se supuso sería la enseñanza de una “medicina integral”. (Andrade, 1979, pág. 21). Le siguió la Primera Conferencia Mundial de Educación Médica, celebrada en Londres, en

1953. Tres años después, los seminarios de Chile y México, en 1956, inspirados en esta concepción de la medicina integral, recomendaron unánimemente articular el saber de la medicina preventiva (Patiño, 2011, pág. 22), al hasta entonces modelo hegemónico de carácter curativo, para de esta manera incluir al individuo y a la comunidad.

En realidad, después de la Segunda Guerra Mundial los educadores médicos comenzaron a recomendar un modelo de sistema de salud integral, que no solo debería considerar todos los servicios de salud, como los de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, en forma de un continuo en el que el paciente recibiría una atención total por parte de los médicos especialistas o generales para su patología orgánica, sino que incluiría también estudios sobre los aspectos emocionales y familiares y las características del medio socio-económico.

En 1953 se definió la asistencia médica integral como la conservación de la salud y la prevención o curación de la enfermedad. En la práctica, ello implica una preocupación por los factores emocionales y psicológicos (además de los aspectos físicos), con una supervisión continua del individuo en su casa, la clínica, los centros de salud o el hospital, durante la convalecencia y la rehabilitación, hasta llegar a un estado óptimo de salud y de productividad permanente y estable. La asistencia médica integral también incluye compasión por el paciente y consideración de este como persona, solicitando su cooperación y compartiendo con sus familiares los deseos de su cura definitiva (...), además de tener en cuenta siempre los factores económicos y sociales locales como parte de su diagnóstico y tratamiento. (De Moraes, 1990, pág. 366-368).

La formación del médico para que brinde atención integral, y para que desarrolle investigaciones científicas sobre los

factores sociales, ambientales, económicos y emocionales que afectan la salud del individuo ha sido el gran desafío de las últimas décadas:

Con el mismo objetivo (a partir de la década del 70, desde la perspectiva de atención primaria en salud) se propusieron en casi todas las facultades o escuelas de medicina del Continente, currículos orientados (...) al uso del servicio ambulatorio de los hospitales universitarios para la educación médica, como forma de familiarizar al estudiante con los problemas fundamentales de los pacientes, y no solo con sus patologías físicas (...) (enfaticando en) la continuidad de la asistencia, la coordinación de servicios y la asistencia médica integral centrada en la familia; en otros casos se buscó incentivar a los estudiantes por medio de ayuda financiera, facilidades de admisión al curso de medicina o a cursos con tutoría y orientación especiales. (Patiño, 2011, pág. 142).

En América Latina y el Caribe se adoptó la medicina preventiva, con los aportes de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), a través de la Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas, desde finales de la década del cuarenta: “Los programas de la OPS, en relación con la educación médica, estuvieron en un principio, casi exclusivamente dirigidos a fomentar la creación de los departamentos de medicina preventiva y social.” (Patiño, 2011, pág. 24).

Borrell refiere cómo la OPS en el Primer Seminario de Educación Médica, llevado a cabo en Cali, Colombia, en 1955, el primero de esa naturaleza realizado en América Latina, recomendó “organizar las escuelas de medicina por departamentos y crear el departamento de medicina preventiva.” (Borrell, 2005, pág. 35).

¿Prácticas Formativas o de Normatización?:

La Ecuación Formación-Trabajo-Empleo.

Las prácticas formativas adelantadas por los estudiantes de medicina en instituciones de salud en convenio con las instituciones educativas, fueron indicadas por el Consejo Nacional para el Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud, con el apoyo de la OPS, a partir de un modelo en el que emerge la relación docencia-servicio, como “la característica central de proceso integral (...), base política y conceptual de la ecuación formación-trabajo-empelo, en los sistemas de servicios de salud contemporáneos.” (Ministerio de la Protección Social República de Colombia, 2004).

Desde esta nueva perspectiva fueron establecidos los criterios de evaluación y verificación de los convenios docencia-servicio, tendientes a homogenizar la formación en el campo asistencial, a partir del obligatorio cumplimiento de criterios de calidad de las instituciones de educación y de salud, a fin de ser autorizadas para ofrecer programas de pregrado o de postgrado en el área de la salud. (Ministerio de la Protección social , 2003).

En adelante, las prescripciones e indicaciones desplazaron la relación docente-asistencial, al atribuírsele un paralelismo de funciones y acciones sustentadas en principios y propósitos que los sectores salud y educación hicieron de manera unilateral en sus instituciones, lo cual afectaba la articulación entre estos sectores.

En un escaso período de tiempo emergen nuevos enunciados y se establecen “disposiciones en materia de talento humano en salud.” (Ministerio de Salud. Ley 1164, 2007). Estas prescripciones gubernamentales afianzaron la articulación educación-salud-trabajo. El Consejo Nacional del Talento Humano en Salud definió “...los procesos de planeación, formación, vigilancia y control del ejercicio, desempeño y ética [de los sujetos] que intervienen en la promoción, educación, información de la

salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad de todos los habitantes del territorio nacional, dentro de la estructura organizacional de la prestación de los servicios de salud.” (Ministerio de Salud, 2007).

En adelante, los programas de educación médica no seguirían formando recursos humanos, sino que se encargarían de la “formación y el desempeño del talento humano en salud”, posicionando de esta manera un nuevo modo de agenciamiento de los estudiantes de medicina, y de la población en general.

Desde una lógica en la que los programas de Medicina adoptan “las características específicas de los aspectos curriculares (...), siguiendo los parámetros establecidos por el Gobierno Nacional” (Ministerio de Educación Decreto 2566, 2003), forman al médico competente requerido (Congreso de Colombia Ley 1751, 2015), lo cual se traduce en que el “egresado (se) desempeñe en diferentes escenarios, con el nivel de competencias propias de cada campo.” (Ministerio de Educación Decreto 2566, 2003).

De este modo, la educación médica es desplazada e invisibilizada como categoría independiente y es subsumida y propuesta en términos de la formación del talento humano en salud, la cual, más que centrarse en el estudiante, se enfoca en su futuro desempeño. En lo que respecta al estudiante de medicina, el enfoque de productividad económica, en un régimen económico cambiante, implica que él se prepare permanentemente a través de la educación continuada, para compartir información, responder a valores y metas institucionales e integrarse en equipos de trabajo orientados al logro de resultados.

Los programas de formación (...), a fin de garantizar la adquisición de conocimientos, destrezas y habilidades, actitudes y aptitudes requeridas por los estudiantes en cada disciplina (...), debe contar con una red habilitada de docencia-servicio que contenga los diferentes niveles de complejidad necesarios para

la formación del talento humano en salud.” (Ministerio de Salud. Ley 1164, 2007).

La red habilitada permea los futuros espacios institucionales y comunitarios del sector salud y de otros sectores, posibles para el desempeño profesional, los cuales fueron explícitamente definidos, así:

Escenarios de práctica del área de la salud:

- a. Espacios institucionales, que intervienen en la atención integral en salud de la población.
- b. Espacios comunitarios que intervienen en la atención integral en salud de la población.
- c. Otros espacios diferentes a los del sector salud, en los cuales se consideren pertinentes las prácticas formativas en programas del área de la salud (Decreto 2376 Por medio del cual se regula la relación docencia - servicio para los programas de formación del talento humano del area de la salud", 2010).

Lo anterior posiciona la relación docencia-servicio, como condición de posibilidad para acceder a recursos humanos, financieros y tecnológicos, por parte de las instituciones de salud. (Congreso de Colombia Ley 1438 de 2011, 2011).

De igual manera, garantiza la normatización del proceso de constitución de médicos:

Los programas de formación en el área de la salud serán aprobados considerando criterios de calidad y pertinencia de los mismos y la evaluación de la relación docencia servicio y de los escenarios de práctica, según los estándares y procedimientos que definan los Ministerios de Protección Social y de Educación Nacional, los cuales harán parte integral del Sistema de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior (Congreso de Colombia, 2011, Ley 1438).

En este marco, las prácticas formativas de la educación médica, sujetas al desarrollo de políticas y seguimiento por parte de los Ministerios de Salud y de Educación¹⁶, generan ganancias en los ámbitos educativo y asistencial, pues se establece la necesidad de “garantizar la excelencia académica en la formación de los estudiantes y la prestación de un óptimo servicio de atención en salud a la comunidad.” (Ministerio de Salud, 1996), por cuanto disminuye la inversión en recursos humanos de ambos sectores.

Concomitantemente, se enfatiza en la importancia de posicionar la comunidad como un espacio para adelantar las prácticas formativas, tendientes a disminuir los riesgos, prevenir las enfermedades, y promocionar y mantener la salud.

3.2. Saberes que circulan en los pregrados de educación médica

La educación médica colombiana espera formar al médico general de acuerdo con lo establecido en el currículo propuesto en cada institución. En este sentido, adquieren particular importancia los saberes que se requieren en los aspirantes para ser admitidos a cursar estudios de medicina, los saberes que el currículo prescribe como válidos y, por tanto, deben ser aprendidos, y las estrategias metodológicas para que estos sean apropiados por el estudiante, en su ir siendo médico general.

Desarrollar unos lineamientos curriculares de pregrado que incluyan, entre otros: a) Un perfil de ingreso para el pregrado de medicina; b) La exposición clínica y comunitaria temprana de los estudiantes fundamentada en la Atención Primaria Renovada (APR); c) Un currículo nuclear basado en competencias,

¹⁶ Decreto 190 de 1996, Por el cual se dictan normas que reglamentan la relación Docente-Asistencial en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Ministerio de Salud. Artículos 8 y 9.

contenidos y procedimientos mínimos; d) La integración de los aprendizajes básicos, biomédicos, clínicos, socio-humanísticos y de salud pública con las competencias científicas, profesionales, prácticas, de pensamiento crítico y de civilidad; y e) Definir unas opciones de salida como coterminales. Lineamientos que deberán ser desarrollados por la Sala de Pregrado del CGEM (ASCOFAME, 2017).

El reciente régimen de veridicción y validación de los estudiantes de medicina en su devenir médicos generales se halla planteado y descrito, para su adopción, por las diferentes instituciones en las que se ofrecen programas de educación médica, en el documento: Recomendaciones para la transformación de la educación médica en Colombia” (Comisión para la Transformación de la Educación Médica; Ministerio de Salud y Protección Social; Ministerio de Educación Nacional, 2017), las cuales, según anota el mismo, “...han sido diseñadas para ser interpretadas e implementadas como un todo, aunque podrán ser implementadas motu proprio por las facultades de medicina en lo que les sea pertinente.” p.7. No se considera pertinente adelantar un análisis a fondo de dicho documento, mismo toda vez que al cierre del libro no se ha iniciado su implementación en Colombia.

Los planes de estudio, en tanto prescripciones, contemplan un alto grado de complejidad en la educación médica. Dada la imposibilidad para abordar la totalidad de las temáticas requeridas para ser adoptadas en el campo de la salud, en parte por la frecuente renovación en la producción de avances científicos y tecnológicos, en parte por la incidencia del mercado en el tipo de profesional que se espera formar, tanto para el ámbito de la salud como para otros sectores, se hace indispensable innovar las estrategias pedagógicas, para conducir al estudiante de medicina en su ir siendo médico.

Las formas de prescripción de estos saberes difieren en los planes de estudio de los programas de Medicina estudiados; algunos se apoyan en soportes conceptuales y en indicaciones de organismos internacionales y nacionales, mientras otros se reducen a un listado de asignaturas.

En ambos casos se observa un desplazamiento en términos de los gradientes de epistemologización que no es tan notoria en la forma enunciativa, pero sí lo es la emergencia de funciones enunciativas que determinan el modo en que se relaciona el médico con el paciente.

En general, las prácticas de educación médica se orientan a la consecución de un determinado perfil del egresado, que hoy corresponde a las competencias profesionales deseables en un médico general; sin embargo, la detallada revisión documental permite establecer las rupturas en los niveles de epistemologización que responden a los avances de las ciencias básicas, las ciencias médicas básicas, las clínicas y el área socio-humanísticas, hasta desplazarse a efectos ideológicos, políticos y de mercado.

Para efectos de una mejor descripción de los saberes que circulan en la educación médica de pregrado, se referencian a continuación tres apartados: saberes que debe demostrar para ser admitido, saberes que deben ser aprendidos durante el proceso educativo y estrategias del proceso de formación.

3.2.1. Saberes previos a la admisión en calidad de estudiante

El régimen de aceptabilidad de quien puede ser admitido para adelantar los estudios de medicina está referido en el perfil de ingreso específico, además de lo solicitado por la institución educativa para el ingreso a los estudios profesionales.

La tradición, los intereses políticos, económicos y sociales de la institución educativa que ofrece el programa de Medicina determinan los atributos considerados como válidos para ser admitido en el proceso de formación del médico.

Es común que los requisitos para ingreso se enuncien a partir de la motivación para el aprendizaje de determinadas áreas reconocidas como fundamentales en el saber médico: adquirir nuevos conocimientos de las ciencias biológicas y humanas, aprender a comprender y manejar la salud, el dolor y la enfermedad humana con sus determinantes, causas, consecuencias e interrelaciones, debe caracterizarse por su interés en el bienestar físico y mental de los individuos y de la comunidad.

Además, el aspirante debe tener habilidades sociales, recursos emocionales y éticos; debe ser disciplinado, organizado, con capacidad de trabajar en grupo; debe tener una gran sensibilidad social, ética, humanismo, respeto y servicio a la sociedad, debe ser solidario y emprendedor, y tener tenacidad y compromiso.

En cuanto a las aptitudes, estas son demostradas mediante resultados de evaluaciones: altas capacidades intelectuales, demostradas en pruebas nacionales o particulares de cada institución: habilidades de lectura, escritura y comunicación, así como conocimientos básicos en un segundo idioma e informática, debe tener desarrolladas competencias cognitivo-lingüísticas y de pensamiento lógico, las cuales se evidencian con puntajes ponderados altos en las áreas de química, matemáticas y lecto-escritura, del Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior y en un examen de ingreso específico. (Universidad Nacional de Colombia , 2014), (Universidad Tecnológica de Pereira, 2011), (Universidad del Cauca Facultad de Ciencias de la Salud Programa de Medicina, 2009), (Universidad de los Andes, 2014), (Pontificia Universidad Javeriana, 2013), (Universidad de la Sabana , 2014).

Estos requisitos, de acuerdo con el estudio sobre la historia de la medicina colombiana, adelantado por Hernández y Martínez, tienen como referente los formulados de manera explícita en el Plan de Mutis:

Los jóvenes que desearan ingresar a los estudios médicos debían un conocimiento adecuado del latín y el dominio de una lengua viva, de preferencia el francés, aunque también podría ser el italiano o el inglés, ya que los adelantos más recientes de la medicina y de otras ciencias naturales y sus auxiliares se encontraban publicados en estos idiomas (...) también debían poseer algunos estudios de filosofía racional, que incluían la ética y la lógica, así como conocimientos previos de matemáticas y filosofía natural, necesarios para penetrar los profundos arcanos que ocultan las funciones de la economía animal y conocer la mejor máquina del Universo, cual es el hombre, objeto sobre el cual versa y actúa la medicina (Hernández de Alba & Martínez Briceño, 1966, pág. 190).

Los requisitos de ingreso se precisaron conforme se especificó en el Estatuto de Verdad, que caracterizó cada profesión. Así, el Decreto Orgánico de 1968 estableció como “normas para ingresar a estudiar medicina: (...) el grado de bachiller en la Escuela de Literatura y Filosofía y luego haber aprobado los cursos obligatorios en la Escuela de Ciencias Naturales.” (Quevedo, Pérez, Miranda, Eslava, & Hernández 2008, pág. 40).

Dichos requisitos fueron flexibilizados, llegando a ser recomendados por el modelo flexneriano como requisitos mínimos de ingreso (Ospina, Manrique, & Martínez, 2012) en la década del setenta, y retomados parcialmente por las diferentes universidades que en la década del 90, en el marco de la autonomía universitaria, ofrecieron programas de pregrado de Medicina.

3.2.2. Saberes que fundamentan las posiciones posibles del médico general

Los saberes o temáticas son abordados en el desarrollo de los planes de estudio, organizados o distribuidos en áreas formativas o componentes, lo cual coexiste con la tradicional división por semestres “procurando coordinar horizontal y verticalmente la enseñanza de las diversas asignaturas.” (Borrell, 2005, pág. 35). Para efectos de este estudio, se describen los saberes conforme a la fundamentación que aportan a las diversas posiciones de sujetos, las cuales serán abordadas en el siguiente capítulo.

Las áreas formativas (enunciado que prevalece) son presentadas desde un referente conceptual, aun cuando en algunos casos la descripción corresponde a grupos de asignaturas o a número de créditos. A modo de ilustración:

Dispone de un plan de estudios cuya estructura está concebida a partir de áreas de formación, núcleos temáticos y ejes transcurriculares (...) Cada área de formación comprende asignaturas y núcleos temáticos altamente relacionados, que se desarrollan de forma coordinada; por lo tanto, allí se convoca a los equipos de docentes responsables de los núcleos que la constituyen para diseñar estrategias metodológicas que favorezcan el aprendizaje significativo, la formación integral y la evaluación permanente. En otras palabras, el área constituye las columnas sobre las cuales se edifica el plan de estudios. (Universidad del Tolima, Programa de Medicina , 2013, pág. 11).

Los componentes curriculares que hoy operan en la formación de médicos se dirigen a formar un médico integral a partir de diversas fundamentaciones; estas han sido analizadas y descritas teniendo en cuenta “las condiciones o límites que imponen los demás enunciados con los que comparte formaciones discursivas,

que aportan a su sostenimiento pero que también permiten fijar sus funciones específicas, su dominio de aplicación o efecto.” (Martínez, 2010, pág 79-82).

Cada fundamentación ha sido desagregada e ilustrada matricialmente, retomando, de acuerdo con la pertinencia, parte de lo dicho en la actualidad. Para ilustración de lo dicho, en cada caso se describe lo referido solo en algunos de los componentes curriculares, así como algunas de las asignaturas que conforman una de las áreas temáticas o componentes, con una breve reseña del contenido de una de las asignaturas que lo conforman. Cada fundamentación muestra referentes que permiten comprender la emergencia de los mismos en esta época.

Fundamentación del sujeto de la ciencia

Las formas enunciativas enfatizan la condición de soporte para la construcción de los saberes que constituyen al estudiante de medicina, a partir de los avances en las ciencias básicas y las ciencias biomédicas, así como de las ciencias sociales. Las descripciones de la fundamentación en los diferentes planes de estudio permiten evidenciar la confluencia de formas enunciativas procedentes de las tres ciencias, con predominio de los dos primeros:

“Componente de Fundamentación que busca la contextualización de los saberes” (...) tiene las siguientes agrupaciones: Biología del Desarrollo I, Biología del Desarrollo II, Salud Pública y Ciencias Sociales I, y Enlace Básico Clínico I. (Universidad Nacional de Colombia, 2014).

La agrupación Biología del Desarrollo I corresponde a las asignaturas: “Embriología I, Genética, Anatomía I, Anatomía II, Histología II, Histología I, Introducción a la Fisiología, Fisiología I, Biología Molecular, Química Médica, Bioquímica I”, distribuidas en primero, segundo y tercer semestres. (Universidad Nacional de Colombia, 2014, pág. 26).

En otros programas se encuentran formas enunciativas que procuran la interdisciplinariedad, a través de: “asignaturas desarrolladas con el apoyo de docentes de la Facultades de Ciencias Básicas, de Ciencias de la Educación y de Ciencias Humanas (Universidad del Tolima, 2013, pág. 29), a partir de la confluencia de temas procedentes de diferentes campos en una misma asignatura:

Introducción a los Sistemas Orgánicos, Nivel I, introduce al estudiante al lenguaje de la biomedicina y los principios de morfofisiología. Sistemas Orgánicos I, II y III, Niveles II, III y IV desarrollan los contenidos pertinentes para los sistemas estudiados, integrando Anatomía, Fisiología, Bioquímica, Histología, Patología y Embriología, con el propósito de conocer y comprender las bases estructurales del cuerpo humano en los ámbitos micro y macroscópico, direccionado con una concepción articulada y coherente que le permita establecer correlaciones con problemas clínicos (...) (una breve descripción de uno de los sistemas, permite evidenciar el enfoque anatómico-clínico). En Sistemas Orgánicos I se desarrollan temas relacionados con los sistemas: nervioso, óseo-músculo-articular y tegumentario. (Universidad del Tolima, 2013, pág. 29).

Lo anterior muestra la articulación de saberes procedentes de las ciencias básicas con los de las ciencias básicas médicas.

Igualmente, se observan intentos por integrar los contenidos básicos con los clínicos a partir de agrupaciones de asignaturas:

Componente Disciplinar o Profesional, agrupación: Enlace Básico Clínico II. Corresponde a las asignaturas: Introducción a Imágenes Diagnósticas, Introducción a la Medicina Interna, Patología Especial, Patología General (de carácter obligatorio), Biología Molecular Avanzada, Bioquímica Clínica, Bioquímica II, Fundamentos de Farmacología, Medicalización y Análisis

Crítico de la Publicidad sobre Medicamentos, Principios de Farmacoterapia para el Uso Adecuado de Medicamentos, Reacciones Adversas a Medicamentos y Farmacovigilancia, Toxicología Médica, Virología Médica, Cáncer: Aspectos Patológicos II (de carácter optativo), localizadas en IV, V y VI semestres (Universidad Nacional de Colombia, 2014, pág. 50).

Predominan modalidades enunciativas particulares del campo de las ciencias básicas, biomédicas y sociales, lo cual es referido por algunos programas de manera explícita o a través de agrupaciones de asignaturas distribuidas en diferentes semestres, que procuran la interdisciplinariedad, con la participación de docentes adscritos a facultades de diferentes campos del conocimiento, y la articulación básico clínica con la confluencia de temas en una misma asignatura, estrategias que evidencian integraciones más de orden nominal que de articulación de saberes.

Aún hoy persiste la adopción, aunque parcial, de algunos de los preceptos planteados en el informe elaborado por Abraham Flexner, en 1910, que orientó la reforma en educación médica en América:

La educación médica, en su estructura inicial, requiere fundamentalmente de las ciencias básicas, como disciplina científica previa, (biología, física, química, anatomía, fisiología, histología, patología, bacteriología y embriología), sin las cuales se provee un instrucción insuficiente para el profesionalismo. (Flexner, 1910, pág. 24).

La fundamentación en ciencias básicas médicas tiene influencia tanto europea como norteamericana: Algunos médicos formados en París posicionaron al regresar la medicina anatomo-clínica francesa, cuya enseñanza se consolidó en la

Escuela de Medicina de Bogotá, institución de carácter privado, fundada en 1864, en la cual:

...se afinaba la distribución de los cursos en cinco años, siguiendo con rigor la orientación anatómo-clínica. Por ejemplo, en el segundo año la anatomía se dividía en descriptiva y médico-quirúrgica, para que fuera más útil a las necesidades quirúrgicas (...), la enseñanza de la patología interna y externa y de la medicina operatoria se sumaban, en el quinto año, a la clínica interna o médica y a la clínica externa o quirúrgica, para garantizar aún más, el aprendizaje de una clínica integral médico-quirúrgica. (Quevedo, Pérez, Miranda, Eslava, & Hernández 2008, pág. 14).

Laín Entralgo describe la orientación anatómo-clínica, como aquella caracterizada por:

...la subordinación del cuadro sintomático a la lesión anatómica, consideración de la enfermedad como alteración de la forma orgánica y pesquisa de signos físicos capaces de revelar la existencia y la índole de la lesión fundamental (Laín Entralgo, La Historia Clínica Historia y Teoría del Relato Patográfico, 1950, pág. 313), tan pronto como la doble experiencia semiológica y necróptica ha mostrado la concomitancia entre un signo y una lesión (...), la relación entre uno y otra tiene una necesidad mecánica e incondicionada: a la lesión A correspondería siempre el signo B; al signo B correspondería siempre la lesión A. (pág. 357).

La clínica así orientada afirmó la primacía del signo y la localización de lesiones estáticas, en los espacios corporal, hospitalario y del plan de estudios, lo cual se afianzó mediante convenios entre las instituciones educativas y hospitales, como el firmado entre la Escuela de Medicina con el Hospital de

Caridad¹⁷, en 1865, a fin de garantizar las prácticas con pacientes y en cadáveres:

La reunión del hospital i la escuela de medicina es una medida de vital importancia para ambos planteles, toda vez que por su naturaleza y sus tendencias pueden mutuamente darse facilidades de que hoy carecen, i prestarse un apoyo recíproco que redunde en beneficio de la juventud que estudia la medicina i de la clase indigente que viene a este establecimiento buscando la salud. (...) Para los trabajos de la Escuela, un anfiteatro compuesto de cinco piezas, (...) un salón para grados i exámenes, una pieza para un laboratorio, las piezas necesarias para las clases i los cadáveres de que se pueda disponer (...); el hospital necesita (...) dos médicos, dos cirujanos, un farmacéuta, dos estudiantes y un enfermero mayor, anualmente, (...) y la existencia de una clase clínica i otra de obstetricia para señoras (...) Los estudiantes quedan sujetos al reglamento del establecimiento pudiendo ser, llegado el caso, expulsados por el empleado respectivo. (Gaceta Médica. Hospital de Caridad Vol 7, 1865, pág. 25).

De esta manera fue configurándose lo que Foucault llamó la medicalización del hospital:

Así se encuentran reunidos, en un cuadro institucional único, los criterios del saber teórico, y los de una práctica que no puede estar ligada sino a la experiencia y a la costumbre (...) en poco tiempo, (a) esta reforma (...) se le reconocerá la facultad de reorganizar todo el conocimiento médico y de instaurar en el saber de la enfermedad misma, formas de experiencia desconocidas u olvidadas, pero más fundamentales y más decisivas. (Foucault, 1975, pág. 117).

¹⁷ A este tipo de acuerdos se hace referencia desde la creación de la Facultad de Medicina del Rosario, en el plan Mutis e Isla, y de la Facultad de Medicina de la Universidad Central, que firmaron convenio con el Hospital San Juan de Dios.

En este marco resulta posible ficcionalizar un tipo de relación médico paciente asistencial anatomo-clínica hospitalaria. (Ver Tabla No. 6).

Tabla 6. Relación asistencial anatomo-clínica hospitalaria

Elementos	Descripción
Paciente	Es un ciudadano que en el hospital se transforma en objeto de observación clínica, de instrucción para los estudiantes de medicina, de investigación y análisis, cuyos resultados le sirven a él y a otros. Su realidad viviente corresponde a la localización espacial de una yuxtaposición de partes anatómicas diversas entre sí, con funciones particulares e independientes. Se clasifican en dos grupos: los enfermos locos e incurables, quienes se considera que no requieren atención médica, y los que sufren enfermedades agudas que pueden curarse y volver a ser útiles a la sociedad tras haber sido atendidos en el hospital.
Médico	Es un experto en la indagación semiológica, estudioso de los síntomas (reveladores de una lesión) y de los signos (constantes y propios de cada lesión), los cuales en su conjunto (hipervalorados los segundos e infravalorados los primeros) corresponden a la enfermedad. Su mirada sensible a la diferencia, a la simultaneidad, la sucesión y la frecuencia, le permite comprender el lenguaje claro y ordenado de las patologías, desde una perspectiva localizadora de lesiones estáticas.
Finalidad	Atender la demanda del enfermo, su sufrimiento, sus síntomas, su padecimiento, mismos que circunscriben la intervención terapéutica del médico, quien, a partir del análisis de los signos, establece el diagnóstico y tratamiento, para bloquear los síntomas.

Fuente: Los autores. Información tomada de: El nacimiento de la clínica (Michel Foucault), La vida de los hombres infames (Michel Foucault) y La historia clínica – historia y teoría del relato patográfico (Pedro Laín Entralgo).

...el cadáver abierto y exteriorizado, verdad interior de la enfermedad, es la profundidad extendida de la relación médico-enfermo, (...) tres cátedras de clínica [interna, externa y obstetricia], ya que no era suficiente “que el alumno escuche y le es preciso, además, que vea, toque, y, sobre todo, que se ejercite en el hacer y adquiriera su hábito (Foucault, 1975, pág. 195).

El Plan Zerda, al adoptar lo ofrecido en la facultad de Medicina de París, en 1878, fundamentó la perspectiva etio-patológica, a través de la inclusión en el plan de estudios de saberes propios de la bacteriología y microbiología. (Zerda, 1890).

Al respecto, Sierra Merlano (2009) refiere cómo “La histología y la micrografía se enseñan objetivamente en un gabinete adecuado, con microscopios, reactivos y una colección de útiles de las mejores marcas recientemente venidos de Europa, entre otros.” (pág. 184).

Este tipo de saberes, posibilitaron la correlación clínico-etio-patológica, como puede observarse en la descripción de una clase acerca de las micosis, en el Hospital de Enseñanza, en 1914, publicado en el Congreso Médico Nacional de Cartagena, en 1918:

En el mes de julio de 1914, rodeado de mis alumnos (...) buscaba entre los enfermos de la sala de patología externa del hospital, tema para la conferencia del día. (...) No ha de ser siempre el especialista el primero en diagnosticar, ya que el práctico ha de ser, por fuerza de las circunstancias, el primero en ser consultado. De ahí que me detuviese en hacer a grandes rasgos el diagnóstico diferencial entre sífilis, la tuberculosis y ciertas formas de micosis, y emitiera la idea de que mis alumnos y yo nos hallemos en presencia de un probable caso de esporotricosis. (...) En busca de comprobaciones me dirigí a nuestro químico e inquirí de él si le sería fácil prepararme un medio de Sabouraud en el pequeño laboratorio de bacteriología que posee (...). Me

apresuré a sembrar al borde del lecho del enfermo (...). Hice pues mi siembra, conforme a la técnica de Beurmann y Gougerot, la seguí tan fielmente cuanto me fue posible. Cuarenta y ocho horas después de hecho esto pude comprobar por el examen microscópico (...), hallarme en presencia del sporotrichum beurmanni. Tenemos pues que caracteres clínicos, diagnóstico por medio de cultivo en frío sobre gelosa glicosada peptonada, artificio de la colada, pruebas humorales negativas y curación con yoduro de potasio son las bases sobre las cuales me fundo para llegar a la conclusión de que es esta la primera vez que se observa un probable caso de esporotricosis en Cartagena. (pág. 184)

Quevedo describe cómo, para la segunda década del siglo XX:

Los desarrollos de la bacteriología y la parasitología dejaban atrás las viejas concepciones (...) sobre el origen de las enfermedades. (...) Se conocía la etiología bacteriana del cólera, descubierto por Koch en 1883 (...), el bacilo causante de la peste (descubierto por Behring y Kitasato), el rol de los zancudos y mosquitos como vectores del paludismo y de la fiebre amarilla. (Quevedo, Pérez, Miranda, Eslava, & Hernández 2008, pág. 245).

Los cambios epistemológicos que tenían lugar en la medicina europea posicionaron la medicina de laboratorio. El régimen de verdad correspondió al enfoque etiológico de la medicina, la cual consideró la enfermedad como “consecuencia determinada por (...) las causas que la producen.” (Laín, 1950, pág. 313). De esta manera, además de forma era una consecuencia, cuya objetivación etiológica sería posible con la participación de la bacteriología, la toxicología y la genética.

Independientemente de los temas y de sus justificaciones, la estructura de pensamiento de los economistas y la de los médicos coincide en sus líneas generales. El espacio (hospital), en el cual la enfermedad se cumple, se aísla y se consume, cambia, es reducido al único plano de las manifestaciones visibles: espacio homogéneo en el cual no se autoriza ninguna intervención, más que la de una mirada que al posarse se borra, y de una asistencia, cuyo valor está en el único efecto de una compensación transitoria: espacio, sin morfología propia, que no sea la de los parecidos percibidos de individuo a individuo, y de los cuidados aportados por un médico privado a un enfermo privado. (Foucault, 1975, pág. 40).

La Gaceta Médica y la Revista Médica de Bogotá difundían artículos, traducciones y resúmenes de trabajos relacionados con la teoría microbiana, elaborados por médicos colombianos que estudiaban en Europa. Saldarriaga, citado por Quevedo, plantea:

La medicina experimental y su campo epistemológico permitieron a la intelectualidad colombiana asumir las implicaciones éticas de la ciencia moderna, (...) circunscritas a los trabajos científicos y reservados a su ámbito profesional académico. (...) La mentalidad fisiopatológica se institucionalizaría en nuestro medio a comienzos del siglo XX, dadas las dificultades de la infraestructura de laboratorios y de formación en ciencias, y la hegemonía que continuaba el modelo anatomoclínico en las mentes de los profesores de las escuelas de medicina del país. (Quevedo, Pérez, Miranda, Eslava, & Hernández 2008, pág. 101).

Sin embargo, se observan publicaciones y disertaciones sobre estos aspectos, por parte de los miembros de la Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales:

Estos trabajos tenían un carácter más divulgativo que práctico experimental. (...) La Escuela de Medicina no recibió el impacto de estas innovaciones y allí continuaron dominando los seguidores de la mentalidad anatomoclínica (...); para el diagnóstico, los galenos utilizaban la semiología anatomoclínica; pero, en el tratamiento eran observadores que usaban una terapéutica anti-sintomática y persistía en ellos en momentos desesperados el uso de métodos ya superados en Europa. (Laín, 1950, pág. 118).

Paralelo al saber que circulaba en la educación médica local, se hallaba el saber gestionado por los miembros de la Academia Nacional de Medicina, médicos en su totalidad formados en universidades europeas, con las que continuaban en contacto y cuyas verdades, por una parte, los constituyeron en “el cuerpo consultivo para todas aquellas medidas que haya que adoptar, relacionadas con la higiene y la salubridad públicas”, y, por otra, orientaban las normas que en materia de salud regían en el país desde la Nueva Granada (Hernández de Alba & Martínez Briceño, 1966).

Bajo su orientación emerge la “medicalización urbana”, soportada en el discurso higienizador, manejado por médicos españoles que se habían desplazado a América, o por médicos nacionales que habían adelantado estudios en el exterior, particularmente en Francia, Alemania o España, quienes eran miembros de la Academia de Medicina, creada en 1817 por orden del Virrey Sámano (Universidad Nacional, 1932), institución que se encargaría de legitimar el control de la población, y en cuyo marco es posible ficcionalizar un nuevo tipo de relación médico paciente (Ver Tabla No. 7).

Tabla 7. Relación clínico etiológica hospitalaria

Elementos	Descripción
Enfermo	Individuo afectado, como consecuencia de su constitución (disposición o resistencia respecto a diferentes modos de enfermedad). Tiene vulnerabilidad o pobre capacidad de reaccionar ante una causa morbosa, que puede ser inerte, como los venenos, o viviente, como los microbios y parásitos.
Médico	Tiene la tarea de precisar la naturaleza del agente patógeno, para lo cual otorga mayor relevancia a lo reportado en el informe de laboratorio de toxicología o bacteriología, que a los síntomas y signos referidos por el paciente.
Finalidad	Atender la demanda del enfermo, su sufrimiento, sus síntomas, su padecimiento, mismos que circunscriben la intervención terapéutica del médico a partir del análisis de la constitución del enfermo ante la causa morbosa.

Fuente: Los autores. Información tomada de: El nacimiento de la clínica (Michel Foucault), La vida de los hombres infames (Michel Foucault) y La historia clínica – historia y teoría del relato patográfico (Pedro Laín Entralgo).

La enfermedad se articuló como forma (anatomía-clínica), como consecuencia (etiológica) y, además, como un proceso fisiológico, una alteración del flujo de materia y energía que tenía lugar en el cuerpo. “La mentalidad fisiopatológica ve la enfermedad como la alteración del proceso energético y material en que la vida parece consistir.” (Laín, 1950, pág. 313).

Este enfoque orientó las reformas de la educación médica, a nivel de infraestructura física, en el sentido de la construcción y dotación de laboratorios:

Los laboratorios de química mineral, histología, biología, bacteriología, farmacia y anatomía patológica (...) quedaron provistos para una enseñanza completa. (...) En el hospital San Juan de Dios también se atendió la instalación de algunas de sus clínicas (...) en los servicios de ginecología, maternidad, clínica externa, de hombres, de vías urinarias, y se hace actualmente en el de mujeres de la Clínica de Enfermedades Tropicales. (Archivo Central Universidad Nacional de Colombia, pág. 84).

Lo anterior se acompañó de cambios curriculares, dando lugar a modificaciones al plan de estudios y oferta de nuevas asignaturas: “vías urinarias, ortopedia y cirugía infantil, y enfermedades mentales, que eran obligatorias para los alumnos, así como cursos de iniciación y perfeccionamiento para hacer especialistas.” (pág. 85).

En lo que respecta al componente de ciencias sociales, tienen como antecedentes las propuestas de cambio curricular de los programas de Medicina que a lo largo de la década del cincuenta circulaban en América Latina, desde cuya racionalidad:

Si el hombre, además de un ser biológico, era un ente social y psicológico y si las dos últimas dimensiones también eran importantes en la génesis de la enfermedad y en la conservación de la salud, parecía conveniente que se enseñase sociología y psicología, al igual que fisiología y bioquímica. (Andrade, 1979, pág. 28).

En lo que respecta a la relación médico-paciente esta se orientaba a establecer la causa de la enfermedad, ya fuera a partir de aislar el agente patógeno o de comprender las condiciones psicosociales, condición de posibilidad de avanzar en el diagnóstico y tratamiento del paciente.

Fundamentación del sujeto asistencial

En los programas de medicina objeto de la descripción de las prácticas discursivas de la educación médica, la fundamentación para la atención individual y comunitaria está constituida por aquellos saberes que procuran articular las particularidades de la atención al individuo y a la comunidad. Dicho componente curricular es referenciado en diferentes programas, como aquel que “contiene las asignaturas esenciales de la carrera”.

Es importante destacar cómo a la fundamentación de la que nos ocupamos, se le atribuye históricamente el régimen de

legitimidad, que se definía por el resultado de las intervenciones a los enfermos:

...los que sin ser médicos examinados, ni provados (sic), se introducen a curar y recetar (...), se hace preciso valerse de sus curaciones del ocursio de aquellos hombres en quienes reconocen avilidad (sic), bien porque tengan principios de esta facultad, bien porque logren de ella algunas experiencias. (Leyes de Indias, 1538).

Haciéndose necesario cursar estudios tendientes a título profesional: "...ninguno se intitule (...), sin ser examinado y graduado en universidad aprobada, (...) haciendo (sic) que exhiban los títulos, para que conste de la verdad." (Leyes de Indias, 1538). El proceso de formación para obtener el título se centró en la preeminencia de los saberes relacionados con la atención a los enfermos:

...los graves males que acarrear sobre los alumnos en estas vacaciones estemporáneas (sic) a fin de que si ellas continúan reconociéndose, lo sea para el resto de las clases, menos para las clínicas. Cuántas veces no se pierden observaciones de casos que quizá nunca en el estudio del joven vuelven a presentarse a su consideración i que repetidas en la práctica civil habrán de proporcionarle embarazos i quizá el descrédito. (...). Antes se podía diagnosticar cualquier barbaridad i dejar los a tontos; hoy las cosas no pasan así. (Corredor, 1873).

Hoy la legitimidad del médico general ha cambiado de acento. Si bien se mantiene en la fundamentación para la atención, privilegia los saberes para atender a las comunidades, más que a los enfermos:

...depende no tanto de su capacidad técnica avanzada de atender la patología compleja, como de su habilidad para

relacionarse positivamente con las personas, las familias y los grupos, incluido el propio equipo de salud, para comprender sus interacciones, sus problemas y para manejar los determinantes sociales del proceso salud-enfermedad, con fuertes competencias en la esfera humanística, ética y de comunicación interpersonal (...), que le otorga gran carisma y aceptación dentro de la comunidad, y le permite orientarla hacia proyectos de desarrollo humano. (Universidad de Caldas, 2013).

El énfasis en la formación para la atención individual corresponde a asignaturas cuyas prácticas se desarrollan en instituciones que prestan atención en salud:

El ejercicio de la medicina clínica. (...), en áreas médico-quirúrgicas, atención primaria en salud, actividades de consulta médica ambulatoria, servicios de urgencias en instituciones prestadoras de salud, servicios de hospitalización, ayudantías en las áreas quirúrgicas, atención de pacientes obstétricas y atención en unidades de recuperación, cuidados intermedios y cuidados intensivo. (Universidad Nacional de Colombia, 2014, pág. 17).

Las prácticas discursivas orientadas a la educación para la atención comunitaria se observan en asignaturas cuyas prácticas formativas se desarrollan en instituciones, realizando actividades de promoción y prevención como componentes de la atención primaria, administrando servicios de salud y desarrollando planes de los organismos de control en áreas de la salud.

La organización temática corresponde a agrupaciones de asignaturas, que evidencian una desagregación temática que tiende a fusionar las dos formas de atención, que van desde las áreas hasta los temas, con persistencia en las formas enunciativas características del lenguaje clínico que enuncia especialidades y subespecialidades, como se observa en el plan de estudios de medicina de la Universidad de Caldas:

Componente de Formación Profesional, disgregado en siete áreas temáticas: Medicina Interna, Pediatría, Ginecología y Obstetricia, Anestesiología y Cirugía, Salud Mental, Salud Pública y Humanidades Médicas, Semiología.

El área temática Medicina Interna, conformada por las asignaturas: Enfermedades de Manejo Ambulatorio, Enfermedades Dermatológicas, Geriatria Clínica, Internado en Medicina Interna, Medicina Física y Rehabilitación, Medicina Interna I, II y III, Terapéutica en Medicina Interna y Rehabilitación.

Una breve reseña de la asignatura Medicina Interna III permite ilustrar lo dicho:

Acceder al conocimiento de la enfermedad en su contexto psico-biológico y socio-ambiental, con elementos que permitan adquirir habilidades y destrezas en cuanto a aspectos fisiopatológicos, epidemiológicos, factores de riesgo, cuadro clínico, diagnóstico y los principios generales del tratamiento y pronóstico. Con el aprovechamiento de las actividades académicas integradas en los centros de práctica con pacientes (...). La capacidad de establecer una adecuada relación médico-paciente, permite conocer los factores relacionados con la enfermedad, los factores condicionantes, las causas subyacentes, los aspectos desencadenantes y su relación con factores emocionales que pueden ser causa y, en otros casos, amplificadores o modificadores del cuadro clínico, razón por la cual se pone al estudiante en contacto con el paciente y su familia, en espera de que esta relación se lleve a cabo de manera adecuada en un clima de respeto y consideración hacia el enfermo. (...) Reconocer y diagnosticar las enfermedades cardiovasculares, hematológicas e infecciosas más frecuentes, y familiarizarse con el abordaje clínico de estos pacientes. (Universidad de Caldas, 2013, pág.12).

Algunos programas integran las temáticas orientadas a la atención individual y comunitaria, en ejes transcurriculares, organizados generalmente desde la perspectiva de las etapas del ciclo vital, que inician desde los primeros semestres, o tras haber abordado la formación básica.

En otros programas corresponde a prácticas que complementan el abordaje de asignaturas adscritas al eje de atención individual. A modo de ilustración:

Componente de formación social: forma al médico en la fundamentación y práctica social y comunitaria de la medicina, se desarrolla mediante las asignaturas de Medicina Familiar, Seminario de Tanatología y Geriatría. En Medicina interna se realiza una práctica social con el Programa de Tuberculosis. En Pediatría se realiza una práctica de Pediatría Social. En el internado se realiza una rotación en municipios del Departamento (Hospitales de Belalcázar, Morales, Piendamó, Guambía, El Bordo y Mercaderes) o el Centro de Salud Alfonso López. (Universidad del Cauca Facultad de Ciencias de la Salud Programa de Medicina, 2009, pág. 68).

En algunos programas el componente comunitario comparte temáticas del quehacer profesional ético-político, administrativo o investigativo. Para posibilitar una mejor lectura, las asignaturas de dicho componente fueron desarticuladas, conservando el nombre del área a la que pertenecen, y serán desarrolladas en la fundamentación en la que tienen el mayor componente.

Los saberes orientados a la atención de la comunidad se encuentran dispersos en grupos de asignaturas; predomina la revisión de temas articulados a enfermedades distribuidas según áreas de especialización, ya sea para actividades de diagnóstico, tratamiento, y promoción y prevención a través de procesos de educación.

Los nombres de las áreas enuncian tendencias más de orden social y comunitario hacia la salud; sin embargo, en su interior persisten enunciados en los que predomina el carácter eminentemente patológico, biológico y especializado.

La Revista de los Establecimientos de Beneficencia permite una observación más detallada de los antecedentes de la enseñanza en el ámbito clínico:

Cuerdamente dispuso la junta en el reglamento del Hospital, capítulo 7, la manera de hacer el servicio de las salas, para cerciorarse de si efectivamente se atiende con cuidado a los enfermos. (...) En el artículo 2 dispone que los alumnos de la Escuela de Medicina soliciten licencia escrita para asistir a las visitas médicas de los enfermos(...), en el artículo 3 le impone al médico el deber de presentar al síndico la lista de los cursantes de clínica, para que pueda tomarse nota de los que pueden entrar a las enfermerías (...), en el artículo 4 se dispone que el médico de cada enfermería reparta los enfermos entre los alumnos, con el objeto de que se siga para cada enfermo la historia de su enfermedad. (...) Concluida la historia de la enfermedad por salida o defunción del enfermo, el alumno pasará el registro al médico para que anote las observaciones que estime convenientes, y luego se entregara al síndico para legarlo y archivarlo. (Junta General de Beneficencia, 1870, pág. 24).

El documento muestra, además, las estrategias para la integración de los saberes clínicos con el análisis anatómico-patológico:

Para que de los resultados suministrados por las autopsias se saque todo el provecho posible, es necesario que los profesores de clínica contribuyan por su parte con la historia clínica de las enfermedades que tratan con el objeto de llegar a un conocimiento exacto de las entidades patológicas y de sus modificaciones en

nuestro país y de sentar las bases de un tratamiento racional. (Renjifo, 1874, pág. 899).

Estas verdades constituyeron el saber médico. El aprendizaje se procuraba en el marco de una estrategia metodológica, caracterizada por “la enseñanza clínica a la cabecera del paciente, apoyada en una semiología que se correlacionaba con los hallazgos de la anatomía patológica y una terapéutica médica articulada a la intervención quirúrgica.” (Quevedo, Pérez, Miranda, Eslava, & Hernández 2008, pág. 41).

Los profesores y estudiantes de la Facultad de Medicina asistían al Hospital de San Juan de Dios y al Hospital de la Misericordia, en donde se ejercía enseñanza relacionada con la atención de los niños:

Los médicos iniciaban la labor docente cotidiana pasando revista a los niños enfermos recluidos en el hospital, y a la cabecera del paciente explicaban a los estudiantes los diagnósticos y terapéuticas indicadas para cada caso. Al final de las rondas matutinas se reunían en (...) charlas entre amigos, durante las cuales departían sobre temas más humanísticos. (Quevedo, Pérez, Miranda, Eslava, & Hernández 2008, pág. 276).

Otro referente importante y del que aún se observan remanentes, especialmente en los estándares que evalúan los escenarios donde se realizan las prácticas formativas, es el enfoque flexneriano, el cual marcó decisivamente la enseñanza clínica al

...plantear que si no existiera la enfermedad no tendría razón de ser la existencia del médico, siendo categórico en su juicio acerca de que la calidad de una escuela puede medirse por la calidad de los clínicos que produce, (...) [para lo cual recomendó]: la enseñanza dentro de un hospital, que contase con

un cuerpo clínico propio y permanente, con limitada asistencia ambulatoria, apenas para casos que precisaran de internación, y que cada hospital contara con un número determinado de camas para cada alumno. (Borrell, 2005, pág. 23).

Como refiere Foucault (1996):

Con base en el hospital y en todos esos controles sociales, la medicina pudo cobrar impulso, y la medicina clínica adquirió dimensiones totalmente nuevas. A medida que la medicina se convirtió en una práctica social y dejó de ser una práctica individual, se abrieron las posibilidades a la anatomía patológica, a la gran medicina hospitalaria. (pág. 77).

El desarrollo de los laboratorios permitió que en Colombia los médicos accedieran a las alteraciones en las composiciones químicas de las sustancias del organismo, las cuales, en tanto signos físicos de las lesiones anatómicas, y/o signos de anomalías en el proceso energético y material de la vida del enfermo, dieron lugar a nuevas formas patográficas:

El contenido de la historia clínica cambio, nos presenta un rasgo inédito y sobremanera importante: la aparición de un dato de laboratorio en el texto del *cursum morbi*, y su valoración como signo físico (...) induce la existencia de una lesión anatómica renal, basado en la presencia de albumina en la orina del enfermo; la coagulación de la orina por la acción del calor, signo físico, haría patente la alteración lesional de una víscera interna e inaccesible a la exploración directa. (Laín, 1950, pág. 319).

En el paradigma fisiopatológico, la enfermedad corresponde a un proceso continuo, que el paciente expresa espontáneamente; los síntomas referidos son susceptibles de medición: con la fiebre se hicieron estudios calorímetros por medio de las curvas de temperatura, los desórdenes del ritmo cardiaco fueron descritos,

el pulso fue medido en intensidad y frecuencia, la presión arterial se dibujó en esfigmogramas, y los trastornos metabólicos, con los análisis químicos de las sustancias corporales. En este marco emerge un tipo de relación médico paciente, al que es posible denominar como Relación Asistencial Fisiopatológica. (Ver Tabla No. 8).

De esta manera, el signo físico, tangible, sólido y localizable fue reinterpretado y asociado con el signo funcional, dinámico y cambiante:

Hay signos físicos que no significan lesiones anatómicas locales, sino alteraciones típicas del proceso químico y energético de la vida: así, el olor de la respiración a acetona o el curso temporal de una hipertermia febril. Estos son, a la postre, los signos que verdaderamente importan al médico. (pág. 379).

Así mismo, con la invención de “pruebas funcionales o de sobrecarga” (pág. 379), el enfermo fue intervenido experimentalmente por el médico (Ver Tabla 8), con el propósito de hallar síntomas y signos nuevos con los cuales definir el comportamiento del organismo, frente a una exigencia no habitual y rigurosamente controlada (por ejemplo, la prueba de glicemia postprandial, la cual resulta de suministrar una cantidad controlada de carbohidratos para mirar la respuesta fisiológica del organismo).

En esta perspectiva, la educación médica se caracterizaba por la observación clínica individualizada y por el interés de conocer y de modificar el curso de cada enfermedad:

La afición del médico moderno a su arte, no solo es amor a la práctica de lo que las reglas de ese arte enseñan y permiten hacer, es también, y cada vez más, amor a la hazaña nueva, diagnóstica o terapéutica, que en cada caso se podía intentar. (Lain Entralgo, 1983, pág. 196). El saber diagnóstico se desplazó del conocimiento sintomático por el del hallazgo de los signos

físicos, la conjetura diagnóstica por un saber empíricamente comprobable con la necropsia y el experimento fisiopatológico, de carácter provisional sin límite, hacia un “conocimiento cada vez más acabado de la realidad corpórea del enfermo. (pág. 192)

De forma similar, el diagnóstico anatómico-clínico, en que “el cuerpo del enfermo es interpretado como un conjunto de formas geométricas mecánicamente relacionadas entre sí” (pág. 192), cuyas variaciones son asociadas con posibles lesiones orgánicas que subyacen a este, fue desplazado por el diagnóstico fisiopatológico, apoyado en los avances en los saberes de la biología y la química, con los que se interpreta la realidad como un “radical dinamismo, expresión de una fuerza originaria anterior a la forma.” (pág. 193).

Tabla 8. Relación asistencial fisiopatológica

Elementos	Descripción
Paciente	Individuo con perturbación en el proceso normal de su vida. El conjunto de funciones vitales unificadas en el cuerpo son cambiantes a lo largo del ciclo vital del individuo, quien es figura visible de un flujo de materia y energía variable. Sus quejas o síntomas corresponden para el médico no solo la revelación de una lesión, sino la alteración del proceso fisiológico en que consiste la enfermedad. Es objeto de observación y medición por métodos físicos y químicos.
Médico	El médico, en tanto hombre de ciencia, además de ver los signos y relacionarlos con la lesión anatómica, necesita comprender el proceso material y energético a través de la clínica y de la fisiología, para lo cual se apoya en el trazado gráfico e inmediato de los síntomas (curva de temperatura, signos vitales, curva de tensión arterial, volumen urinario, por mencionar algunos), de los hallazgos de laboratorio y de otros exámenes como el electrocardiograma. Además, interviene experimentalmente en la naturaleza del enfermo y de la enfermedad a través de “pruebas funcionales, o de sobrecarga.”
Finalidad	Atender la demanda del enfermo, su sufrimiento, sus síntomas, su padecimiento, mismos que circunscriben la intervención terapéutica del médico, quien a partir del análisis y estudio de las funciones vitales del enfermo, diagnostica la enfermedad y ofrece el tratamiento.

Fuente: Los autores. Información tomada de: El nacimiento de la clínica (Michel Foucault), La vida de los hombres infames (Michel Foucault) y La historia clínica – historia y teoría del relato patográfico (Pedro Laín Entralgo).

De esta manera, se observa una tensión entre la formación para la atención individual a enfermos, también llamada “clínica”, y la formación para el desempeño en la comunidad, direccionada a los aspectos de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, con un fuerte enfoque técnico y análisis biomédico, en la que, si bien, son estudiados factores económicos, sociales y políticos, a los que se les considera “condicionantes”, estos son abordados de manera superficial.

Referentes de la integración entre los saberes comunitarios y clínicos

En el proceso de formación del médico, lo que corresponde al componente para la atención comunitaria, algunos antecedentes se encuentran en el Plan Zerda, el cual incluyó la enseñanza de la higiene y el control de las enfermedades infecciosas, adaptación que hiciera de la facultad de Medicina de Paris, de 1878.

Se incluían la fisiología y la higiene, integradas en una sola cátedra, (...) comienza a entenderse la higiene privada como un conjunto de preceptos de salud apoyados en los mecanismos de funcionamiento de los órganos del cuerpo y desligada de la medicina legal, como se enseñaba antes. (Quevedo, Pérez, Miranda, Eslava, & Hernández 2008, pág. 14).

De forma similar, en el Segundo Congreso Médico de Colombia, que tuvo lugar en Medellín, en enero de 1913, se plantea la importancia de educar, promocionar y prevenir:

Lo que nos importa no son los descubrimientos. Lo que es necesario, lo que es de urgencia, es organizar los medios de defensa de las fuerzas vitales del individuo y las colectividades. Bajar a los valles de trópico donde la malaria y la anquilostomiasis siegan a los labradores y a los mineros como las mieses de un

campo; penetrar a la escuela a enseñar higiene y dar aire, luz y la alegría de la vida a esas generaciones nuevas (...), ir al taller y a la fábrica y enseñar más higiene (...), fomentar la campaña contra el alcoholismo. (...). Vosotros proclamáis los principios en virtud de los cuales se doma la naturaleza en los climas bravíos, se evita la aparición y difusión de las enfermedades epidémicas, se previene al individuo de las enfermedades contagiosas o se preserva la existencia de los niños defendiéndolos así, en las fuentes mismas de su vida. (Academia Nacional de Medicina, 1913, pág. 7).

Es de anotar que hasta entonces la formación para el desempeño en la higiene pública no hacía parte del plan de estudios de pregrado de medicina, nivel de formación del que nos ocupamos, sino que era un tema de la formación de especialistas en Higiene, que se ofrecía en Europa. Para la década del 50 a los saberes de orden individual y curativo se integraron los de orden comunitario y preventivo, en la formación profesional del médico.

La racionalidad que sustentó las reformas de la educación médica, según la cual:

...sí era importante prevenir las enfermedades, y los egresados solo se ocupaban de curarlas; a la enseñanza de la medicina curativa, entonces predominante, había que agregar la de la enseñanza de la medicina preventiva a lo largo de todos los estudios. Asimismo, si se deseaba que los egresados se interesasen por los problemas de salud de la familia y de la comunidad y solo lo hacían por los del individuo; era lógico admitir que a las prácticas hospitalarias centradas en el último se agregasen experiencias relacionadas con las primeras. (Andrade, 1979, pág. 28).

Contribuyó para que fueran adoptadas las recomendaciones de la Conferencia sobre la Enseñanza de Medicina Preventiva, realizada en Colorado Springs, en 1952.

En última instancia, estas propuestas trataron de romper con la idea de que el hospital era el único centro de atención y de aprendizaje, y que este, más bien, refuerza la idea de enfermedad, curación y la visión vertical del médico, y que la medicina comunitaria estaría basada más en el trabajo en equipo, la incorporación de la comunidad y, por tanto, en una nueva forma de aprender a aprender. (Borrell, 2005, pág. 27).

El reconocimiento de la incidencia de los aspectos sociales en la problemática de la salud generó, desde la década del 70, una corriente de medicina social la cual considera que:

mejorar las condiciones de salud de la población requiere de algo más que la simple intervención médica, y tiene que involucrar algunos cambios sociales, [lo cual dio lugar a] la búsqueda de caminos para la articulación del proceso educativo y la práctica de salud, con la incorporación de “actividades extramurales” y trabajo comunitario, el sistema de estudio-trabajo y las actividades de “integración docencia- servicio”, el desarrollo del eje de “atención primaria” y la incorporación de las ciencias sociales al estudio del proceso salud-enfermedad. (Borrell, 2005, pág. 28).

Los programas de la OPS, relacionados con la educación médica, fomentaron la medicina preventiva a través de la formación de docentes, a fin de garantizar:

- a. La oportunidad al estudiante para adquirir los conceptos y métodos de atención integral del individuo y de su familia, ayudándoles a alcanzar “un estado de completo bienestar

- físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”;
- b. Crear en el futuro médico la conciencia de la función social de su profesión;
 - c. Estimular el interés del estudiante en las actividades colectivas relacionadas con salud; y
 - d. Fomentar las buenas relaciones de los futuros médicos con las autoridades sanitarias. (Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, 1957, pág. 2).

Desde la perspectiva de la medicina preventiva, la medicina, y en ella la relación médico-paciente, adquirió una función socio-económica:

Los progresos de las disciplinas biológicas, de la tecnología, el desarrollo del comercio, la agricultura y la industria, han ido destacando el valor del hombre como elemento fundamental de progreso por su capacidad de producción y de cotización. Como consecuencia, se tiende a considerar las funciones de la salud como componentes de la economía general de un país. Le corresponde a la medicina, en última instancia, mantener a los individuos en producción activa, si son adultos, y en crecimiento y desarrollo óptimos, si son niños. (pág. 3)

Este enfoque considera al hombre como una unidad biológica y un ser social, una totalidad indivisible, que vive en un medio sometido a continuas modificaciones, que se agrupa en familias y en comunidades, y que constituye la base fundamental de la sociedad y de su progreso, dando lugar a la emergencia de la relación médico-paciente curativa-preventiva-comunitaria (Ver Tabla No. 9).

Tabla 9. Relación curativa preventiva comunitaria

Elementos	Descripción
Paciente	Es una unidad biológica y un ser social, una totalidad indivisible, que vive en un medio sometido a continuas modificaciones, se agrupa en familias y en comunidades, que constituye la base fundamental de la sociedad y de su progreso.
Médico	Cambia la visión vertical del médico, la idea de enfermedad y de curación; del hospital como único centro de atención y de aprendizaje. Además de atender, debe educar, promocionar y prevenir; con la medicina comunitaria se incorpora al trabajo en equipo, a la comunidad y a una nueva forma de aprender a aprender.
Finalidad	La relación tiene lugar en los ámbitos hospitalario y comunitario, e integra la atención individual y curativa a la comunitaria y preventiva.

Fuente: Los autores. Información tomada de la publicación “Seminarios sobre la Enseñanza de la Medicina Preventiva” de la Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, publicado en 1957.

De esta manera, no solo el hospital, sino las comunidades se constituyeron en “laboratorios”, espacios para el aprendizaje de nuevas actividades, que hasta entonces no hacían parte de las funciones del médico, tal como lo propuso la Oficina Sanitaria Panamericana:

- a. Asignando a cada estudiante una o más familias, para que (...) adquiriera conocimientos sobre las relaciones entre la salud y la enfermedad, en el medio social.
- b. Utilizando los datos demográficos y epidemiológicos que posean los Departamentos de Salud Pública, los resultados de encuestas sobre nutrición y otras, así como las contingencias epidémicas que puedan presentarse.
- c. Participando activamente en las labores de los centros de salud (...), la consulta externa ofrece excelente oportunidad

- para combinar la enseñanza de la medicina preventiva y curativa.
- d. Practicando inmunizaciones, pruebas de inmunidad, tipificación de grupos sanguíneos y técnicas semejantes.
 - e. Visitando y observando en forma sistemática y organizada poblaciones, servicios públicos, fábricas, organizaciones y actividades agrícolas, e instalaciones de saneamiento ambiental.
 - f. Utilizando un área de la comunidad para que sirva como núcleo de estudio de problemas específicos, en donde los estudiantes participen en forma activa y bajo adecuada supervisión. A causa de la limitada experiencia y madurez del estudiante, es importante guiarlo cuidadosamente y seleccionar las familias, teniendo en cuenta las condiciones sociales del medio y la variedad de problemas que implican la relación estudiante-familia (pág. 2), se recomendó el acompañamiento de docentes para esta estrategia.

De los individuos a los colectivos

La estrategia Atención Primaria de Salud que fue propuesta y definida en la Declaración de Alma-Ata, marcó el inicio de un nuevo régimen de enunciados, tendientes a construir nuevas subjetividades, en cuyo marco emerge la relación médico-paciente promotora de salud. (Ver Tabla No. 10).

Tal régimen, definido como:

Un reflejo y una consecuencia de las condiciones económicas y de las características socio-culturales y políticas del país y de sus comunidades, que se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad y presta los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios para resolverlos. (Organización Panamericana de la Salud, 1978).

Afianzó las actividades antes planteadas, en un contexto intersectorial que prescribe y fomenta el agenciamiento de los sujetos que reciben atención a través de:

...la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria de salud (...) y, con tal fin, desarrolla mediante la educación apropiada la capacidad de las comunidades para participar (...) tanto en el plano local como en el de referencia y consulta de casos en personal de salud, con inclusión, según proceda, de médicos, enfermeras, parteras, auxiliares y trabajadores de la comunidad, así como de personas que practican la medicina tradicional, con el adiestramiento debido en lo social y en lo técnico, para trabajar como un equipo de salud y atender las necesidades de salud expresas de la comunidad (Organización Panamericana de la Salud, 1978).

En lo que respecta a la educación médica, la Declaración de Alma-Ata recomendó

...que los gobiernos emprendan o apoyen actividades de reorientación y capacitación para (...) que el personal de salud, especialmente los médicos y las enfermeras, reciba una formación social y técnica y esté motivado para servir a la comunidad (...); que se exhorte a los médicos y a otras categorías de profesionales de la salud a que al comenzar sus carreras trabajen en zonas desatendidas; y que presten la debida atención a la enseñanza permanente, a la supervisión de apoyo, a la preparación de profesores de personal de salud y al adiestramiento sanitario de personal de otros sectores. (Organización Panamericana de la Salud, 1978).

Tabla 10. Promotora de salud

Elementos	Descripción
Paciente	Todos los miembros de la población, quienes de manera activa y responsable participan en las decisiones relacionadas con su atención y tratamiento. El paciente “tiene el deber y el derecho de participar en el proceso de mejorar y conservar su salud.”
Médico	Hace parte del personal sanitario. De acuerdo con las posibilidades de cada país, podrán ser: individuos poco instruidos, con una preparación elemental en asistencia sanitaria, “médicos descalzos”; o médicos generales quienes conformarán equipo con personal de socorro, enfermeras prácticas, enfermeras con estudios profesionales, agentes de salud de la comunidad, otro personal en desarrollo, líderes comunitarios, estudiantes de las ciencias de la salud, parteras y curanderos tradicionales. Para la atención de situaciones clínicas complejas se apoyarán en el sistema de remisión y contra-remisión a lugares con recursos médicos y tecnológicos más especializados.
Finalidad	Aplicar los conocimientos a la solución de problemas de salud determinados, en función no solo de las patologías individuales, sino de las necesidades sociales; orientar, enseñar y supervisar al personal de salud que trabaja en las comunidades, y educar a las comunidades en todo lo relacionado con su salud.

Fuente: Los autores, a partir de lo propuesto en la Declaración de Alma-Ata, 1978

La participación informada del paciente en las decisiones relacionadas con la atención y tratamiento que se le ofrece fue acentuada en la primera Carta de Derechos del Paciente, por parte de la Asociación Americana de Hospitales (1973), en la que se planteó:

Cada uno [cada paciente] ha de asumir las decisiones que le afectan, ha de regirse por su propio sistema de valores y, por tanto, la beneficencia tradicional ya no puede aplicarse sin conocer la voluntad del enfermo, porque antes de hacerle al prójimo el bien hay que preguntarle si tiene la misma idea del bien que tenemos nosotros. (Lázaro & Gracia, 2006, pág. 10).

Esto aseguró con el consentimiento informado, así como la autonomía y participación del paciente en la toma de decisiones, ante las intervenciones médicas.

Fundamentación del sujeto ético y político

En concordancia con la formación integral propuesta, la fundamentación ética y política del médico se halla dispersa en asignaturas teóricas y teórico-prácticas, ubicadas en diferentes semestres de los programas, mediante las cuales se procuran al estudiante los elementos fundamentales para la comprensión de la realidad social en la que él se encuentra, así como su incidencia en el complejo salud-enfermedad, para la formulación de acciones concretas tendientes a la modificación del entorno.

En términos generales, se observa una presencia marginal de esta temática:

Área Social Humanística: Constituida por los conocimientos y competencias que desarrollan las dimensiones éticas, estéticas, psicoafectivas, sociales, políticas y físicas del ser humano. Corresponden por su contenido a este tipo de fundamentación las asignaturas: Ética Médica y Marco Legal del Ejercicio Profesional. En estas asignaturas se dan las bases para la comprensión de la responsabilidad que conlleva el ejercicio de la profesión médica desde el punto de vista administrativo, social, ético y legal. Se revisa y discute la influencia de la política en la salud, sobre el alcance e impacto de los temas de salud en las políticas de Estado (Universidad del Tolima, 2013, pág. 32).

Algunos programas optan por asignaturas procedentes del campo de las ciencias sociales y su correlación con los temas médicos, otros lo abordan desde las experiencias médicas y los problemas éticos y políticos en que se expresan.

Componente de formación profesional, Área temática Salud pública y Humanidades Médicas: Asignaturas: Dilemas Éticos en Medicina, Humanidades Médicas I, Humanidades Médicas II, Humanidades Médicas III.

Una breve descripción de dos asignaturas ilustra lo dicho:

Humanidades Médicas II: “Estudiar, analizar e interpretar los nexos entre los filósofos y los médicos en las distintas épocas históricas, las críticas filosóficas a los fundamentos científicos de la medicina actual, las distintas teorías médicas y sus fundamentos lógico-rationales, y los paradigmas emergentes de la medicina contemporánea.” (Universidad de Caldas, 2009).

Ética Médica y Profesional II: “Este curso pretende que el estudiante (...) esté en contacto con los dilemas éticos más frecuentes en la práctica médica moderna. Para ello se combinará la lectura de temas con su discusión en las clases y con el análisis y presentación de casos clínicos concretos, vivencias directas con la asistencia a los Comités de Ética Hospitalaria del Hospital Universitario de la Fundación Santa Fe de Bogotá, para ver la manera como se analizan y discuten los casos, así como la asistencia a la programación de temas bioéticos en las reuniones organizadas por el comité (...) Fundamentalmente, se pretende que el estudiante entienda y viva el papel que juegan los principios básicos de la bioética en la práctica médica moderna. (Universidad de los Andes, 2014).

Es frecuente la articulación con abordajes de carácter histórico: “Componente de formación humanística: fomenta la formación humana del estudiante, se desarrolla en los cursos de Introducción a la Medicina, Seminario de Historia de la Medicina y Ética I y II. Adicionalmente, los estudiantes deben

realizar un nivel de Actividad Física Formativa en la carrera.” (Universidad del Cauca, 2009, pág. 67).

En cuanto a la relación médico-paciente (Ver Tabla No 11), hay una referencia en términos de la comunicación:

Habilidades de Comunicación I: elementos teórico-prácticos de la comunicación, los cuales le permitirán [al estudiante] profundizar en los diferentes aspectos involucrados, tanto en la comunicación humana como en los contenidos y los matices de la relación médico-paciente, para lograr, entonces, el desarrollo de las habilidades básicas en la entrevista médica a través de las prácticas con pacientes estandarizados.

Habilidades de Comunicación II: ... profundizar en los aspectos más importantes de la relación médico-paciente, tanto a nivel individual como a nivel familiar y grupal, con el fin de reconocer y mejorar sus conocimientos, habilidades y actitudes alrededor de la comunicación, que le permitan explorar los diferentes aspectos de la entrevista en cada uno de los grupos de edad y sus barreras. (...) los elementos básicos que debe tener en cuenta para realizar una orientación adecuada de los pacientes y sus familias (o acompañantes) en los planes diagnósticos, terapéuticos, educativos y de seguimiento. (Universidad de los Andes, 2014).

Tabla 11. Relación integrada y proyectada a la comunidad

Elementos	Descripción
Paciente	Al margen de su condición de enfermo, es miembro de la comunidad que recibirá atención, lo que implica su papel activo en la toma de decisiones en el sector de la salud, y su participación en lo relacionado con la formación del personal que lo atenderá. Así mismo, tiene derecho a una mejor participación en su atención médica individual y a un mayor control sobre ella, lo cual lo hace más responsable de sí mismo.

Elementos	Descripción
Médico	Comunicador capacitado en múltiples ciencias, preparado para brindar atención primaria, con disposición a escuchar, comprender y aconsejar a los pacientes, capaz de informar, educar al público y hablar a nombre de los pacientes, las comunidades y la sociedad. Trabaja en equipos interdisciplinarios, con una mayor efectividad costo-beneficio, realiza la valoración de los grupos en poblaciones definidas, sin tener en cuenta si dichos grupos solicitan o no la atención médica. Además, tiene el deber ético y la responsabilidad profesional de velar por los intereses de sus pacientes en todo momento.
Finalidad	Posicionar los intereses relacionados con el campo de la salud, de los miembros de la comunidad.

Fuente: Los autores: Declaración de Edimburgo, 1993. Encuentro Continental de Educación Médica, 1994. Conferencia Mundial sobre Educación Médica, 1995.48a Asamblea Mundial de la Salud WHA48.8, 1995.

Es de resaltar que en ninguna de las asignaturas de fundamentación para el quehacer profesional de carácter estrictamente básico se reportan elementos que contribuyan a la fundamentación que nos ocupa.

La fundamentación ética y política, tiene dentro de sus referentes las indicaciones que se daban para las relaciones con colegas y pacientes:

Evitará el médico las discusiones públicas con sus colegas, porque éstas dan lugar a que los profanos “tengan por vano el arte de curar y digan que los médicos no actúan racionalmente contra las enfermedades, sino, casi siempre, al buen tuntún”; y no menos, deberá abstenerse de las visitas muy frecuentes al enfermo, “porque con ellas—advierte—te harás sospechoso, y se extinguirá la confianza del paciente. (Laín Entralgo, La amistad entre el médico y el enfermo en la Edad Media, discurso leído el 7 de junio de 1964 en su recepción pública, por el Excmo. Sr. Don Pedro Laín Entralgo y contestación del Excmo. Sr. Don Dámaso Alonso., 2014).

A este respecto, Arnaldo de Vilanova, en sus *Cautélete medicorum*, preceptúa:

Debe el médico ser estudioso en el conocimiento, cauto y ordenado en la prescripción, circunspecto y prudente en la respuesta, ambiguo en el pronóstico, justo en la promesa; y no prometa (por sí mismo) la salud, porque entonces usurpará el oficio divino y hará ofensa a Dios, antes prometa fidelidad y diligencia; y sea discreto en el visitar, diligente en el conversar, honesto en sus afectos, benévolo con el paciente. (pág. 53)

Algunos antecedentes relacionados con esta fundamentación se hallan en la influencia religiosa de los estudios, a través de conferencias dictadas por sacerdotes, bajo el lema “Saber y poder vienen de Dios” (Zerda, 1890), que procuró coherencia entre la ciencia, la política y las doctrinas católicas.

La escisión del paciente, en tanto naturaleza y en tanto persona, se conserva. El primero enfocado en la cuantificación individual de las variables biométricas; el segundo, en los aspectos emocionales y morales que para el paciente implican las enfermedades, siendo desechada la influencia del pecado y la enfermedad, como prueba y ocasión de mérito. (Ministerio de salud Ley 1164, 2007).

A esta fundamentación también contribuía la exigencia de poseer conocimientos de cultura general, dado que, en el ejercicio médico, entrarían en contacto con personas de diferentes clases sociales y niveles de educación, y porque, “en su condición de científico, humanista, conocedor de intimidades del cuerpo y del alma”, el médico debería ser un referente social. (Quevedo, Pérez, Miranda, Eslava, & Hernández 2008, pág. 105).

Quevedo y otros describen la idea de la neutralidad política del médico, que se transmitía en el Plan Zerda:

El Rector de la Facultad de Medicina recordaba a los jóvenes la sentencia de Pasteur: (...) no os dejéis contaminar por el escepticismo desgarrador y estéril; no os dejéis descorazonar por las tristezas de ciertas horas que pasan a veces sobre una nación. Vivid en la paz de los laboratorios y bibliotecas. Preguntaos primero ¿qué hice para instruirme?, y luego ¿qué hice para mi patria? La cual era referida por los profesores a los estudiantes; sin embargo, el impacto de dicho discurso fue escaso [pues] (...) los profesores abandonaron las cátedras y los estudiantes sus bancos y pupitres, para vincularse a la guerra. (Quevedo, Pérez, Miranda, Eslava, & Hernández 2008, pág. 190).

La década de los 80 del siglo pasado se caracterizó por un fuerte llamado a defender la ética profesional en la relación con los pacientes, y a precisar la independencia de las acciones médicas con relación a los intereses de las instituciones en las que se desempeña. La Declaración sobre la independencia y libertad profesional del médico, durante la 38ª Asamblea Médica Mundial, Rancho Mirage, California, EE.UU., octubre 1986, reconoció el papel del médico en el control del gasto, a la vez que señaló la prioridad de la atención a los pacientes.

Los médicos deben reconocer y apoyar los derechos de sus pacientes (...), deben gozar de una libertad profesional que les permita atender a sus pacientes sin interferencias. Dentro del marco de su ejercicio profesional y de atención de sus pacientes, no debe esperarse que el médico siga las prioridades que el gobierno o la sociedad han impuesto sobre la distribución de recursos médicos insuficientes. Hacer tal cosa, sería crear un conflicto de intereses con la obligación que el médico tiene hacia sus pacientes y destruiría su independencia profesional en la cual ellos confían.

Si bien los médicos deben estar conscientes del costo de la atención médica, y deben participar activamente en el control de gastos médicos, es su obligación primordial representar los intereses de sus enfermos y heridos, contra las demandas de la sociedad en materia de control de gastos, que podrían poner en peligro no sólo la salud, sino la vida de sus pacientes. (Asociación Médica Mundial, 1986).

Este pronunciamiento se mantuvo vigente hasta la Asamblea General de Santiago, en 2005.

En el mismo sentido, fue el pronunciamiento de la 39ª Asamblea Médica Mundial, que se llevó a cabo en Madrid, España, en octubre 1987, la cual se mantuvo vigente hasta la Asamblea General de Nueva Delhi, India, en 2009:

La autonomía profesional como un beneficio que se debe al paciente debe ser preservada. (...) La calidad de la atención prestada a los pacientes y la competencia del médico que entrega dicha atención, deben ser siempre la preocupación primordial de cualquier sistema de autorregulación. Los médicos tienen la experiencia para hacer las evaluaciones necesarias. Tales evaluaciones deben utilizarse en beneficio de los pacientes para asegurarles la calidad continua de la atención prestada por médicos competentes. Dentro de esta preocupación está también la necesidad de supervisar los adelantos en la medicina científica y la utilización de métodos terapéuticos seguros y efectivos. (Asociación Médica Mundial, 1987).

La fundamentación para la atención enfatiza un espectro que, más allá del diagnóstico y el tratamiento, procura resaltar la importancia de apoyar y consolar al enfermo, “curar a veces, aliviar a menudo, consolar y confortar siempre.”¹⁸

¹⁸ De acuerdo con el estudio adelantado por Eugenio Matijasevic, esta expresión, ha sido atribuida erróneamente a diferentes autores: Ambrose Paré, Hipócrates, Florence Nightingale, Louis

En la fundamentación ética y política se evidencia una divergencia: la ética para la atención individual es puesta en riesgo por lo político, toda vez que lo político se ocupa de los intereses institucionales, comunitarios y estatales, lo cual implica una toma de decisiones en las que la relación individual entre el médico y paciente queda fuera del contexto de la atención en salud. En el mismo sentido, se hace visible la contradicción que tiene lugar entre la importancia social de la educación médica como criterio ético y el criterio de calidad de la atención médica, la cual es definida por los avances tecnológicos incorporados, y por los rendimientos financieros que se logran, lo cual tiende a ser asumido durante el proceso de formación.

Fundamentación del sujeto que administra

Las asignaturas que contribuyen a la constitución del sujeto que gestiona recursos para la protección de la salud, prevención y atención de la enfermedad, enfatizan en la importancia de que el estudiante conozca el sistema general de seguridad social y las políticas públicas, de tal forma que su ejercicio tenga lugar en concordancia con las necesidades de la comunidad en la que presta los servicios, en el marco de posibilidades que le ofrece el Estado colombiano para atenderlas.

Estos saberes se hallan inscritos en el área de formación profesional, y son escasos los programas que destinan a este núcleo de conocimientos un área particular.

Componente de formación profesional, Área temática Salud Pública y Humanidades:

Área Administración y Gerencia: “Sistemas de Salud I:
Este curso se encuentra dividido en dos módulos: Fundamentos

Pasteur, William Osler, Edward Livingstone Trudeau y Oliver Wendell Homes. Al parecer, “se trata de una de esas frases que se han ido gestando lentamente en el crisol del lenguaje vernáculo, evolucionando y cambiando mediante adiciones, sustracciones y modificaciones aquí y allá, hasta alcanzar su forma más perfecta”.

sobre el Sistema de Seguridad Social en Colombia y Cuidado Domiciliario. El primer módulo tiene como objetivo primordial que los estudiantes se apropien de los conocimientos básicos que les permitan comprender las políticas de salud y la conformación del sistema general de seguridad social en Colombia.”

Una breve reseña de la asignatura Legislación en Salud y Seguridad Social permite observar que su propósito es: “Contribuir a la capacitación del estudiante de medicina en los temas de legislación en salud, a través del estudio de los aspectos jurídicos con los que hoy se reglamenta la salud en Colombia, el actual Sistema General de Seguridad Social Integral, la Ley 100 de 1993, conociendo sus aspectos jurídicos e históricos y los actos legislativos que las reglamentan, con el objetivo de ubicar al estudiante, y orientarlo en dichos aspectos legislativos y de su quehacer como médicos en el sistema nacional de salud. (Universidad de Caldas, 2008).

Esta fundamentación tiene entre sus referentes, que datan de 1872, la vinculación de los médicos con los aspectos socioeconómicos y políticos del hospital:

Art.1 El servicio científico del Hospital que está a cargo del gobierno nacional a virtud del contrato (...) celebrado entre el secretario de lo interior y relaciones exteriores y el inspector del hospital, se hará por los siguientes empleados:

Por dos médicos, uno para el departamento de varones, y otro para el de mujeres.

Por el profesor de Obstetricia, quien se encargará del servicio en el departamento de maternidad y en el que se destine para enfermedades de los niños.

Por un profesor de Farmacia que hará la clase práctica en la botica del hospital, estará encargado de ésta, despachará con sus alumnos (...)

Por dos jefes de clínica, encargados de la supervigilancia del servicio científico del Hospital de Caridad, y que desempeñarán todas las funciones y tendrán todas las atribuciones que les señalen los reglamentos que de acuerdo con este decreto dicte la Escuela de Medicina.

Art. 3 El jefe de clínica del departamento de varones tendrá a su cargo el anfiteatro de Anatomía Patológica del Hospital y practicará las autopsias; y el del departamento de mujeres desempeñará las funciones de inspector de la Escuela. (El Presidente de los Estados Unidos de Colombia, 1872, pág. 339).

Además, en la misma época, se evidenció en el interés por la productividad económica del sujeto, aun en su condición de enfermo:

Debo insistir en la necesidad de adoptar una medida (...) de la que os hablé en una nota particular. Se trata del establecimiento de una sala de trabajo en cada departamento, donde a los convalecientes, los enfermos de úlceras y de otras afecciones que les permiten ocuparse, y aun a algunos inválidos de ambos sexos se les haga trabajar en hacer alpargatas, obras de fique, costura y otros varios oficios que combatirán en ellos los hábitos de holgazanería y de pereza, y les darán costumbres de laboriosidad y de moral; que proporcionará no sólo ahorros, sino utilidad al instituto y a los trabajadores. (Plata, 1875, pág. 934).

Y en el control del gasto que se derivaba de las actividades docentes y de la atención clínica:

Los médicos gozan de absoluta libertad para recetar las sustancias que tienen a bien. (...) La cuenta de medicina va aumentando, a pesar de existir botica en el hospital, por lo que se hace necesario adoptar el formulario de recetas de la Sociedad

San Vicente de Paúl. (Junta General de Beneficencia, 1870, pág. 14).

Es importante destacar que el sistema de educación médica puede considerarse como un mecanismo que legitima los sistemas sociales, gubernamentales y el uso de la ciencia médica para el manejo de políticas de Estado que están fuera del campo particular de la salud. Sin embargo, el acercamiento a lo prescrito en los planes de estudio analizados muestra cómo, a nivel de pregrado, este saber se orienta a las formas de ser administrador de los recursos humanos y tecnológicos dentro de la institución hospitalaria, así como en la comunidad, espacios de las acciones políticas tendientes a pasar la responsabilidad en materia de salud a los individuos, en la que el médico, al compartir su saber, contribuye posicionando nuevas formas de agenciamiento de los individuos para acceder y ejercer el derecho a la salud.

Fundamentación del sujeto que investiga

La fundamentación para la investigación se ha posicionado en los últimos años, a partir de las exigencias del cumplimiento de estándares de calidad para la educación superior, requeridos para la aprobación del registro calificado y de la acreditación de los programas y de la institución:

En el marco de la normatividad vigente, y de acuerdo con las exigencias de calidad a las que se ve llamada la universidad como institución, descritas desde 1992 en la Ley 30, le compete a la institución, tanto la búsqueda como la generación de conocimiento y el producir investigación de alto nivel por parte de sus docentes y la vinculación de los estudiantes, el acceso a la información generada a través de la investigación y a los semilleros de investigación. (Universidad del Tolima, Programa de Medicina, 2013, pág. 51).

Esta fundamentación se proyecta “al desempeño laboral en áreas de investigación en entidades públicas o privadas.” (Universidad Nacional de Colombia, 2014, pág. 17). Por tratarse del pregrado, corresponde a una fase inicial en la formación de investigadores, considerado como un proceso permanente y continuo que se inicia en el pregrado y continúa en los diferentes niveles de postgrado. (Universidad Nacional de Colombia, 2014, pág. 21).

El saber se halla en la dispersión de temáticas inscritas en asignaturas, agrupaciones de asignaturas y desempeños. A modo de ilustración, se desglosan las agrupaciones inscritas en los planes de estudio de las universidades del Cauca y de los Andes:

Fundamentos de Investigación I (Demografía, Salud Pública, Epistemología y Protocolo de Investigación), Fundamentos de Investigación II (Antropología), Fundamentos de Investigación III (Metodología de la investigación y desarrollo de una propuesta de investigación) y Fundamentos de Investigación IV (Aplicación e informe de un Proyecto de investigación). (Universidad del Cauca, 2009, pág. 68).

En programas como el de la Universidad de Los Andes esta temática es enunciada en el grupo de asignaturas electivas:

Modulo electivo I: ofrece al estudiante la oportunidad de explorar desde pregrado una de las cinco áreas de selectividad. Estas áreas son: Hospitalario y Clínico, Administración, Atención Primaria, Investigación y Salud Pública; los cursos de Módulo Selectivo I les permitirán desarrollar las competencias del área elegida. (Universidad de los Andes, 2014).

En lo que corresponde a los desempeños, la estrategia “semilleros de investigación” procura integrar a los estudiantes en progresos investigativos adscritos a grupos de investigación

oficialmente inscritos, en los cuales, acompañados por profesores, desarrollan investigaciones, lo que les permite ser “protagonistas de su propio aprendizaje y, en últimas, responsables de construir su propio conocimiento y de adquirir actitudes y aptitudes propias para el ejercicio de la investigación y de la ciudadanía.” (Universidad del Tolima, 2015).

3.2.3. Estrategias de formación: con los pies puestos en el pregrado y la mente en la especialización

Entre las maneras en que se procura que los saberes sean apropiados por el estudiante, predomina la coexistencia de didácticas tradicionales con innovaciones pedagógicas, a partir de las cuales se plantea la intención no solo de formar un médico integral, sino, además, de hacer un desplazamiento del discurso o del modelo que el profesor ofrece, al aprendizaje desarrollado de manera autónoma por el estudiante.

...la transformación de las pedagogías basadas en la exposición oral por parte del maestro y en la acumulación enciclopédica de conocimientos por parte del alumno, hacia pedagogías basadas en el estudiante, que dieran mayor valoración y rigor a la comunicación oral y escrita y le facilitaran desarrollar hábitos de aprendizaje autónomo, comprometido con su propia formación, y con mayor posibilidad de tomar decisiones. (Universidad Nacional de Colombia, 2014, pág. 32-33).

Lo anterior permite establecer relaciones entre las formaciones discursivas y unos dominios no discursivos (instituciones, acontecimientos políticos, prácticas y procesos económicos), que procuran definir unas formas específicas de subjetivación. (Foucault, 2006, pág. 272).

Las actividades académicas contempladas en el plan de estudios del Programa de Medicina comprenden clases magistrales o teóricas, seminarios, talleres, prácticas de laboratorio en grupos pequeños, revisión de casos, conversatorios, actividades teórico-prácticas virtuales, participación en semilleros y/o grupos de investigación, participación en programas de intercambio nacional o internacional, prácticas clínicas en IPS del primero al cuarto nivel de complejidad, prácticas comunitarias y prácticas administrativas, entre otras. Además, los estudiantes desarrollan actividades independientes, individuales o grupales, de estudio auto dirigido, búsqueda y referenciación bibliográfica, elaboración de resúmenes, reportes, tabulaciones, elaboración de presentaciones, revisiones de historias clínicas, reportes de laboratorio clínico, y participación en actividades lúdicas y deportivas. (Universidad del Tolima, 2013, pág. 44).

Es marcada la tendencia a promover el autoaprendizaje, para lo cual son utilizadas como estrategias pedagógicas predominantes: el aprendizaje basado en problemas y el aprendizaje significativo.

El primero de ellos:

...encaminado a facilitar el proceso de formación del estudiante, desde el autoaprendizaje, fomentando la autonomía cognitiva, el aprendizaje a partir de problemas, la potenciación del error, la autoevaluación y la evaluación formativa, cualitativa e individualizada (...), que cuente con escenarios en todos los niveles básicos. (Universidad del Cauca, 2009, pág. 22).

Lo anterior, articulado con el aprendizaje significativo:

En las áreas clínicas, el aprendizaje significativo se basa en la construcción del conocimiento día a día, en las interacciones que se dan entre los docentes, los estudiantes, los pacientes, el personal y el sistema de salud. La situación particular de los

pacientes motiva el aprendizaje basado en problemas y promueve la investigación y el aprendizaje autónomo del estudiante, guiado y supervisado por los docentes, los médicos, los especialistas de las instituciones de convenio y los estudiantes de postgrado. (...) El uso de las herramientas de la medicina basada en evidencias o en pruebas permite el aprendizaje basado en problemas, confiere autonomía al estudiante para responsabilizarse de su propio aprendizaje, y facilita la discusión de los conocimientos científicos entre los estudiantes y los profesores en condición de pares. (Universidad Nacional de Colombia, 2014, pág. 32-33).

Desde estas estrategias, se procura movilizar procesos cognitivos y actitudinales en el estudiante:

Sensibilizar al estudiante hacia la solución de problemas de salud y orientar acciones que redunden en beneficio de la calidad de vida y necesidades de la comunidad, a partir del análisis de la realidad, para transformarla en provecho de los usuarios de los servicios de salud, de la familia y de la comunidad (...), lo cual es complementado por el aprendizaje significativo, ya que toda nueva información se incorpora en forma sustantiva a la estructura cognitiva del estudiante, siendo el aprendizaje más eficaz que el memorístico, porque involucra las tres principales fases de dicho proceso, como son: la adquisición, la retención y la recuperación, [lo cual] genera la realización de la persona, no sólo para que aprenda “a aprender” y “a hacer”, sino para que “aprenda a ser.” (Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, 2009, pág. 22-23).

En el mismo sentido se enuncia;

En el desarrollo de cada proyecto pedagógico y/o asignatura se busca potencializar la capacidad de observación científica de los estudiantes, su curiosidad investigativa, la disciplina para el

estudio personal y colectivo, las destrezas necesarias para acceder y manejar información en la solución de problemas, así como el mejoramiento de su universo conceptual y su disposición para el autoaprendizaje permanente, a lo largo no solo de su formación médica, sino del ejercicio profesional. (Universidad del Tolima, 2013, pág. 88).

El aprendizaje basado en problemas es articulador de las diferentes fundamentaciones, toda vez que:

...da a conocer un problema a los estudiantes, con el propósito de que ellos identifiquen las necesidades de aprendizaje, recolecten la información necesaria y, finalmente, formulen una solución adecuada. La metodología fomenta en el individuo el estudio independiente y el trabajo en equipo. (Fundación Universitaria Sánitas, 2007, pág. 8).

Este tipo de aprendizaje se utiliza para el abordaje clínico y comunitario: “utilizando de forma integradora las diferentes disciplinas de las áreas básicas y clínicas para brindar al paciente o a la comunidad una solución encaminada al mejoramiento de la calidad de vida.” (Universidad del Quindío, Facultad de Ciencias de la Salud, 2002, pág. 12-13).

De igual manera, permite orientar al estudiante hacia experiencias que tienen lugar en ambientes educativos que comprenden el aula o lugares más específicos de las ciencias básicas y de las clínicas:

Se han implementado alternativas pedagógicas como la simulación, para lo cual se cuenta con un laboratorio donde el estudiante, desde distintos niveles de su carrera, realiza prácticas en los simuladores, con retroalimentación permanente. (...) Las clases magistrales son una de las principales metodologías en el componente nuclear en las agrupaciones básicas, mientras en las

agrupaciones clínicas la enseñanza al lado del paciente, en sus muchas estrategias didácticas (consulta, revista, procedimientos, urgencias, etc.), continúa siendo uno de los pilares de la formación del médico general. (Universidad Nacional de Colombia, 2014, pág. 32).

Las experiencias son procuradas a partir de escenarios de las instituciones universitarias o a través de convenios docencia-servicio, con instituciones que hacen parte del sistema de salud.

Históricamente, las prácticas académicas más relevantes en los programa de medicina son las prácticas clínicas. En estas prácticas el estudiante se encuentra en un ambiente hospitalario en donde aprende a asumir el rol de profesional de la salud, mediante la aplicación de los conocimientos adquiridos, el desarrollo de habilidades y la apropiación de los procesos de gestión asistencial propios a su profesión. Estas prácticas se complementan con prácticas en ambientes no hospitalarias, mediante las cuales se desarrollan temáticas relacionadas con la atención primaria en salud, la educación en salud, la prevención de enfermedades, la epidemiología y otros tópicos de Salud Pública. (Universidad del Tolima, 2013, pág. 44-45).

El aprendizaje basado en problemas, en tanto tecnología de gobierno, propuesta por la Universidad de McMaster, como método alternativo a la educación médica tradicional, caracterizada por la memorización de contenidos de forma mecánica, procuró facilitar la integración de los saberes dispuestos en el plan de estudios (a partir de la organización por departamentos de la enseñanza tradicional), teniendo en cuenta la gran cantidad de información clínico-científica, que excedía el tiempo dispuesto para el proceso de formación, lo cual afectaba el adecuado desempeño de los egresados, quienes no lograban cumplir el objetivo de garantizar la salud en las comunidades.

Entrañaba un compromiso de la universidad con la educación de subgrado, según el cual los profesores, como obligación institucional, se ausentarían temporalmente de sus departamentos para ser tutores (no profesores) en el nuevo programa. Los fundadores del programa pensaban que, dado que el trabajo de un médico se caracteriza por tener que resolver problemas, al programa le correspondía asegurarse de que los estudiantes fueran educados en la resolución de problemas. Para 1969, McMaster tenía su programa en marcha y recibía miradas escépticas de las escuelas médicas establecidas que la rodeaban. (Byrne & Rozental, 1994, pág. 61).

Los opositores planteaban que dicha estrategia descuidaba la fundamentación científica, comprometía la sensibilidad hacia los problemas de las comunidades, desmotivaba el aprendizaje permanente, era reduccionista, al direccionarse solo hacia los problemas más comunes de la región, y no abordaba a fondo las contradicciones científico-epidemiológicas.

A mediados de la década del ochenta, la Facultad de Medicina de la Universidad de Harvard inició la implementación del aprendizaje basado en problemas a nivel de pregrado, lo cual “significó un reconocimiento de legitimidad para que otras escuelas en América del Norte siguieran el ejemplo.” (pág. 63).

La asociación aprendizaje basado en problemas-aprendizaje auto dirigido dio lugar a presiones por parte de los sistemas de acreditación para la educación médica norteamericana y canadiense, en la adopción de esta estrategia, pues consideraban que “los profesores deben fomentar en los estudiantes la capacidad de aprender mediante estudios autodirigidos e independientes, a lo largo de toda su carrera profesional.” (pág. 61).

Por el mismo período (década del 80 del siglo pasado), la Asociación Americana de Colegios Médicos, en su documento Médicos para el Siglo XXI recomendaba el cambio de la

enseñanza médica hacia el estudiante como eje central, con un mayor nivel de autoaprendizaje, capacidad de análisis, uso de la informática y menor memorización de datos, para lo cual proponía como método el aprendizaje basado en problemas. (Association of American Medical Colleges, 1984).

Las estrategias proponen, además de las temáticas y el modo de compartirlas, un modo de ser del estudiante, que se constituye bajo la exigencia de su autonomía, responsabilidad, trabajo en equipo, participación en la toma de decisiones relacionadas con las temáticas que debe aprender y el modo en que deberán ser aprendidas, lo cual da cuenta de un desplazamiento de la enseñanza centrada en el mundo de los profesionales del área y docentes (sociedades disciplinares), al mundo interior del estudiante que corresponde a la lógica de lo que Deleuze llamó “las sociedades de control”, en las cuales “valores como la autoestima, la responsabilidad y la autonomía empiezan a jugar como variables económicas, pues son la fuente de “recursos” o “activos inmateriales” que permiten a un individuo cualquiera ser empresario de sí mismo.” (Castro-Gómez, 2013, pág. 247)

En lo que respecta a la relación médico-paciente, referida en las bitácoras de los estudiantes (que se abordarán en detalle más adelante), se evidenció que los estudiantes de medicina de hoy vivencian, entre saberes y prácticas formativas, un claro distanciamiento del paciente, porque el estudiante, dada su condición de ir siendo médico, posterga la posibilidad de establecer un vínculo con los pacientes. De igual manera, lo relacionado con el paciente es considerado por los futuros médicos como parte de la estrategia pedagógica para aprender acerca de las enfermedades, estrategia en la que el paciente es un instrumento más.



Fuente: Los autores

Capítulo 4

FUERZAS EN CONFLICTO

“Detrás de cada momento histórico existe una concepción filosófica, un concepto de hombre, y una manera de entender el proceso salud-enfermedad; eso conlleva un perfil profesional, un currículo, y unos ámbitos de acción”.

(Comisión para la Transformación de la Educación Médica;
Ministerio de Salud y Protección Social;
Ministerio de Educación Nacional, 2017 pág. 14).

El presente apartado corresponde al análisis de la pluralidad de fuerzas que dan lugar a que se produzca el tipo de educación médica vigente en Colombia. Se hace referencia a las luchas saber-poder que, al traspasar los programas de Medicina, motivan determinados contenidos, cambios y emergencias de nuevos saberes, que modifican lo previsto en los planes de estudio, generando nuevas prácticas discursivas, nuevas formaciones discursivas, nuevos gradientes y sistemas de epistemologización, desde los cuales la educación médica, en tanto realidad que permea los sujetos estudiantes en su ir constituyéndose médicos generales, incide en la forma como se relacionan con el paciente.

Para evidenciar cómo llegan a surgir los programas de educación médica y cómo en ellos se aborda la relación médico-paciente, fueron revisados discursos globales y locales acerca de la educación médica, sin excluir discursos de otros campos con los cuales se articula y ensambla.

El capítulo se halla dispuesto en dos temáticas interdependientes que permiten tensionar el análisis de las relaciones po-

der-saber y sus efectos de subjetividad entre instancias de orden global y local, analizadas en clave de tecnologías gubernamentales.

4.1. De la atención primaria en salud a la atención primaria renovada

En la presente década, el Estado adoptó la Política de Atención Integral en Salud- PAIS (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016), con la cual espera resolver la creciente problemática que afecta a las condiciones de salud de la población y a el goce efectivo del derecho fundamental de la salud.

La redefinición del sistema de salud, las prescripciones sobre el derecho a la salud y la formación integral de los médicos, se soportan en la Ley 1438 de 2011 modificada en 2018. (El Congreso de la República, 2011), la Ley 1751 de 2015, Estatutaria en Salud (El Congreso de Colombia, 2015) y en el artículo 65 de la Ley 1753 de 2015, del Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018. (El Congreso de la República de Colombia, 2015).

Para la implementación de la Política de Atención Integral en Salud- PAIS se dispone del Modelo Integral de Atención en Salud-MIAS y, de la regulación de Rutas Integrales de Atención en Salud, RIAS.

En lo que respecta a este apartado, se destaca cómo el nuevo modelo busca ofrecer una atención centrada en el paciente, lo cual retoma las recomendaciones internacionales planteadas desde la década del 70, en el sentido de posicionar la estrategia de Atención Primaria en Salud, con el fin de propiciar:

la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor

calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país. (El Congreso de la República, 2011).

Para el logro de lo anterior se requiere de cambios en la Educación Médica, orientados a la constitución de un sujeto médico general que al ocupar múltiples posiciones, aumente su capacidad resolutive “por tanto, el estudiante debe exponerse a diferentes roles, tales como el de educador, investigador, gestor del riesgo, entre otros”. (Comisión para la Transformación de la Educación Médica; Ministerio de Salud y Protección Social; Ministerio de Educación Nacional, 2017).

En lo relacionado con la transformación de la Educación Médica, se reconocen los efectos en la formación de los estudiantes, de instancias diferentes a las Universidades, y se proponen:

Las reformas curriculares e institucionales necesarias para una educación médica acorde con las necesidades de los sistemas estatales de salud para asegurar el derecho humano a la salud, no como los sistemas de aseguramiento comercial, conocidos como managed care o sistemas de salud administrada. Estos últimos han tenido un efecto adverso sobre la calidad de la educación médica debido a que introducen el concepto del lucro, del negocio, de la comercialización en la atención de la salud en contra del imperativo hipocrático. [Otorgando especial importancia a las prácticas formativas que integren], lo socio-humanístico, la ética, la salud pública y los sistemas de salud a la enseñanza de la medicina, e incorporar en el transcurrir la experiencia clínica y comunitaria temprana basada en la atención primaria renovada. (Comisión para la Transformación de la Educación Médica; Ministerio de Salud y Protección Social; Ministerio de Educación Nacional, 2017).

Como fue expresado en el apartado anterior, la Atención Primaria Renovada tiene dentro de sus referentes la atención primaria en salud, propuesta, adoptada y promulgada en la década del setenta del siglo pasado, en la Conferencia Internacional de Atención Primaria en Salud de Salud en Alma-Ata, Kazajistan. (III Reunión Especial de Ministros de Salud, 1972). Esta tecnología de gobierno, orientada al logro de la Salud Para Todos, garantizaba el desarrollo económico y social, a partir de mecanismos reguladores de la relación producción/gasto, lo cual replanteó las estrategias hasta entonces aceptadas por los sectores salud y educación como válidas, para alcanzar el objetivo propuesto.

Desde el planteamiento que postula:

...la salud se hace o se deshace en los lugares en que los individuos viven y trabajan. Por consiguiente, deben estos entender en qué consiste la salud, y es deber de los que lo saben ayudar a los demás a ganar esa comprensión. (Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud Alma-Ata, 1978),

emerge el reconocimiento de la salud no solo como objetivo, sino también como estrategia, cuyos alcances van más allá del individuo, de la población y del Estado, de tal forma que “promover y proteger la salud de todos los pueblos del mundo, (...) alcanzar un nivel aceptable de salud para toda la humanidad en el año 2000 (Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, 1978), si bien fue propuesta para la ampliación de la cobertura en toda la Región” (OPS-OMS, 2003), da un giro a la salud para:

...un desarrollo económico y social sostenido. (...) El primero es necesario para alcanzar la mayoría de las metas sociales, mientras el desarrollo social es necesario para lograr casi todos

los objetivos económicos. La finalidad del desarrollo es que el pueblo pueda llevar una vida económicamente productiva y socialmente satisfactoria. (Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, 1978).

La atención primaria en salud, más que erradicar las enfermedades, procura establecer mecanismos reguladores sobre

...la forma, la naturaleza, la extensión, la duración, la intensidad de [las enfermedades, en tanto] factores permanentes de sustracción de fuerzas, disminución del tiempo de trabajo, reducción de las energías, costos económicos, tanto por lo que deja de producirse como por los cuidados que pueden requerir. En suma, la enfermedad (...) se desliza en la vida, la carcome constantemente, la disminuye y la debilita. (Foucault, Defender la Sociedad Curso en el College de France (1975-1976), 2001, pág. 223).

En tanto tecnología de gobierno, hace parte de un:

...conjunto de mecanismos que incorporaran a la jurisdicción del gobierno y de quienes gobiernan unos fenómenos muy específicos que no son exactamente los fenómenos individuales, aunque los individuos figuren en ellos de cierta manera, y los procesos de individualización sean uno de sus rasgos específicos. (pág. 319).

Se constituye en un acontecimiento por cuanto corresponde a un cambio de las tecnologías disciplinarias del trabajo a las tecnologías de gobierno. Las primeras, aseguraron alrededor de la enfermedad todo un campo de visibilidad, cuya organización se centró en el cuerpo individual de los enfermos, y en la separación y distribución de estos en el hospital; los abordajes

médicos se centraron a combatir la enfermedad para aumentar la fuerza útil de los individuos. La segunda, orientada a la salud, coloca un velo en los propósitos de atender, tratar o erradicar la enfermedad, y redirige la atención a educar para preservar, prevenir y minimizar los riesgos a la salud de las comunidades, de la manera menos costosa posible.

Esta nueva tecnología, dirige la conducta de los otros, estableciendo acciones que atraviesan las voluntades políticas, institucionales e individuales. Surge el compromiso de los Estados de adoptar la tecnología de gobierno, como forma eficaz de atender

...la obligación de cuidar la salud de sus pueblos (...), la atención primaria de salud es la clave para alcanzar esa meta (...) para ello será preciso ejercer la voluntad política para movilizar los recursos del país y utilizar racionalmente los recursos externos disponibles. (Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, 1978).

Lo anterior se concretó en algunos cambios que incluyeron: El aseguramiento de la población en su totalidad, de tal forma que se garantizó la posibilidad de acceder al sistema de salud a través de la afiliación, en procura de legitimar el derecho a la salud, lo cual no equivale al acceso a la atención.

Los programas relacionados con la salud del colectivo fueron reformulados con la prescripción de prácticas que contribuyen al mantenimiento y la promoción de la salud del individuo por medio de dieta, higiene personal, estilos de vida saludable, estilos de crianza, identificación temprana de las enfermedades, por mencionar algunos, lo cual dio lugar a:

...los programas de medicina preventiva, promoción de la salud y educación para la salud, (...) que sirven como índices públicos de la medida en que las naciones instituyen políticas

adecuadas en materia de gobierno de la salud. Los indicadores de salud nacional no miden la aptitud de una población en cuanto totalidad, sino que funcionan como agregados del estado de salud de cada ciudadano y de su familia. (...) Ya no se espera que el Estado resuelva las necesidades sanitarias de la población, (...) [tan solo] facilita, posibilita y propicia. (...) procura liberarse de algunas de las responsabilidades en lo que atañe a asegurar a los individuos frente a las consecuencias de la enfermedad y de los accidentes. (Rose, 2012, pág. 60).

El reconocimiento de los derechos y deberes de individuos y comunidades, en relación con la salud les otorgó: “el derecho y el deber de participar individual y colectivamente (...) con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación, (...) la atención primaria puede contribuir a (...) lograr la cooperación popular en pro del desarrollo.” (Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, 1978, pág. 52). De este modo fueron introyectados en cada individuo fundamentos para las formas de autogestión que se espera que cada uno de ellos ejerza.

Aunque la meta no siempre ha sido consentida por los gobernados (Castro-Gómez, 2013, pág. 39), esta permite que los individuos mejoren, mantengan o potencialicen sus condiciones de salud, toda vez que propicia que estos: “asuman responsabilidades en cuanto a su salud y bienestar propios y los de la colectividad, y mejoren la capacidad de contribuir al desarrollo económico y social [generando] confianza en el propio esfuerzo.” (Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, 1978, pág. 52).

Es importante aclarar que, como anota Castro (2013):

Las metas y objetivos del gobierno, no son algo decidido por nadie en particular, sino que obedecen a una racionalidad que permite que unos dirijan la conducta de los otros (...), el

gobierno sobre la conducta nunca es obligado, nunca se hace en contra de la propia voluntad. Las personas siempre están en posibilidad de sublevarse. Pero si no lo hacen (...) [quiere decir] que han sido creadas ciertas condiciones de aceptabilidad que son acogidas por un sector considerable de los dominados. (pág. 41).

De esta manera, el individuo y la enfermedad como flagelo son invisibilizados; en su lugar aparecen diferentes colectivos de comunidades saludables, municipios saludables, escuelas saludables, por mencionar algunas; aun así, “la penuria que hace morir a los individuos no solo no desaparece, sino que no debe desaparecer” (Foucault, 2006, Seguridad Territorio y Población, pág. 63), por cuanto esta perpetúa las condiciones de deseabilidad y aceptabilidad que soportan las tecnologías de gobierno, orientadas a la gestión de la población.

Algunas de las condiciones de aceptabilidad y deseabilidad de este cambio, que se relacionan con la educación médica, fueron atribuidas a la “escasez” y, desde esta perspectiva, se explicaron las condiciones de salud de la población en los siguientes términos:

...deficiencia de personal capacitado en los países; necesidad de perfeccionamiento del examen de ingreso a las Universidades; bajo nivel de consciencia de la influencia perversa del mercado en la formación y modo de práctica profesional; baja accesibilidad a la información bibliográfica, e inexistencia de sistema de indexación de publicaciones latinoamericanas; alto costo de libros de textos en el área de la salud; inadecuada capacitación en gestión de recursos humanos; limitadas oportunidades de la enseñanza de la salud pública; poco acceso a foros nacionales, regionales y globales de educación médica, (...) deficiencia de administradores hospitalarios (Borrel, 2007, pág. 5).

Otras condiciones más generales tienen que ver con la crisis de los modelos de desarrollo, reflejada en las dificultades económico-financieras, que se expresaron en el aumento de la deuda externa, el incremento acelerado del número de personas en situación de pobreza en la década del ochenta, el aumento en los gastos del sector salud dirigido a organización e infraestructura y los cambios de gobierno en cerca de quince países de América Latina y el Caribe. (Programa de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud, OPS, 1990, pág. 4).

Lo anterior favoreció la implementación de un sistema de anti-escasez, consistente en “nuevas ideas y planteamientos en salud para la región, y nuevas directrices, políticas y estrategias regionales, que usualmente surgen de deliberaciones de foros internacionales como las Organizaciones, Mundial y Panamericana de la Salud.

Los mecanismos tendientes a satisfacer la demanda de atención médica buscaron incidir sobre el número de médicos y los saberes válidos, con los que se configuró el nuevo régimen de verdad con el que la educación médica interpreta hoy la realidad, dando un giro, del énfasis en el individuo y la atención de la enfermedad, al de la salud de la comunidad para lo cual “muchos gobiernos alentaron (...) la rápida expansión del entrenamiento médico para satisfacer la necesidad de prestadores de asistencia.” (Banco Mundial, 1993).

El análisis de indicadores económicos de salud reportó un desmesurado aumento en el gasto por concepto de salud, toda vez que “la importancia real que se asignó al ‘nivel primario’ fuera menor que la otorgada a los otros niveles de la organización de servicios (...); el grueso de los gastos públicos se siguió concentrando en los hospitales” (Organización Panamericana de la Salud Organización Mundial de la Salud, 2003, pág. 5), lo cual se atribuyó a la resistencia de la comunidad médica, liderada por la Asociación Médica Mundial, a ser “solo uno de

los componentes de un grupo, cada uno de cuyos miembros desempeña la función para la que ha sido preparado [en el que las decisiones sobre salud eran] adoptadas y ejecutadas por la comunidad” (Mahler, 1981), como lo planteaba la atención primaria.

En este contexto, se priorizó la reforma de los sistemas de salud, la cual operó desde la lógica en que estos habrían de actuar como “instrumentos de transformación de las prácticas sociales y espacios de participación sociopolítica donde dicha participación se ejerce como un mecanismo de distribución del poder” (Mahler, 1981), lo cual se evidencia en la observación que hiciera la Organización Panamericana de la Salud: “Los médicos tienden a adaptarse al sistema sanitario existente, aun cuando estén preparados para desempeñar funciones considerablemente distintas. Sería necesario cambiar primero el sistema de salud y adiestrar después a los médicos en función del sistema.” (Mahler, 1981).

Así mismo, se integraron otros modos de ejercicio del poder; ya no sería solo a través de ideas, declaraciones, políticas, leyes, normatividades, que pondrían en “práctica las políticas de gobierno” (Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, 1978, pág. 60), sino, y especialmente, a través de “una gestión de las poblaciones sobre la base de la naturalidad de su(s) deseo(s)” (Foucault, Seguridad Territorio y Población, 2006. pág. 96), aspiraciones y creencias, tanto de los estudiantes de medicina, quienes “deberán ver con satisfacción que sin perjuicio de sus funciones clínicas, se les ofrezcan nuevas funciones, como las de dirigentes sanitarios, educadores, orientadores y generadores de técnicas más sencillas y socialmente aceptables” (Mahler, 1981), y de los miembros de la comunidad, a quienes mediante redistribución del saber les fue asignado el poder de hacer seguimiento, priorización, planeación, control y evaluación de los sistemas de salud, todo lo cual opera como estrategia en la que:

El deseo es el elemento que va a impulsar la acción de todos los individuos (...) aquí la naturalidad del deseo marca la población, y la técnica gubernamental puede penetrarlo. (...) El deseo es la búsqueda del interés para el individuo. Por otra parte, aunque este pueda perfectamente ser engañado por su deseo en lo concerniente al interés personal, hay algo que no engaña: el juego espontáneo o, en todo caso, a la vez espontáneo y regulado del deseo permitirá, en efecto, la producción de un interés, algo que es interesante para la propia población. (Castro-Gómez, 2013, pág. 34).

De este modo, el poder soportado en un saber de circulación reducida, que ostentaba el personal médico para procurar la salud de los individuos, así como la prestación de los demás servicios sanitarios, se redistribuyó en las comunidades:

...compartir el poder con otros sectores, con otras disciplinas y, lo que es aún más importante, con el propio pueblo (...) aportando información, educación para la salud, y potenciando las habilidades para la vida. (...), para que la gente ejerza un mayor control sobre su propia salud y sobre sus ambientes, y para que hagan unas selecciones que conduzcan a la salud. Es esencial capacitar a la población para que aprenda, a lo largo de su vida, a prepararse de cara a todas y cada una de las etapas de la misma, y a afrontar las enfermedades y lesiones crónicas. (Organización Mundial de la Salud, 1986, pág. 21).

Con esto, la responsabilidad de la salud pasa de estar asignada al Estado, al médico, a los profesionales y demás personal del área de la salud, a ser redistribuida entre profesionales de los sectores económicos, de construcción, de infraestructura sanitaria, de los sectores administrativo, financiero y educativo, así como entre los miembros de la comunidad, para el agenciamiento de cada uno de los individuos.

La población comienza a aparecer allí en su complejidad y con sus censuras. Ya podrán ver que aparece tanto, en cuanto objeto, es decir, el blanco al cual apuntan los mecanismos para obtener de ella determinado efecto, [como en cuanto] sujeto, se le pide que se conduzca de tal o cual manera. (Foucault, Seguridad Territorio y Población, 2006).

El Estado propició en adelante políticas tendientes a trasladar la responsabilidad de la salud a las comunidades, a través de procesos como el de la descentralización en salud (Constitución política de 1991, artículo 49), entre otros. Las políticas públicas organizan y establecen las modalidades de participación de los individuos en la toma de decisiones, tanto en instituciones del sector salud, a través de los representantes de los usuarios (Presidencia de la República de Colombia, 1994), como en las instituciones de educación médica, que se evidencia en la garantía de la participación de los estudiantes en los comité curriculares y consejos de facultad, encargados de definir el currículo y demás lineamientos que atañen a su formación.

A mediados de la década del ochenta, la tecnología de gobierno fue afianzada con prescripciones emanadas de la OMS, del Ministerio de Salud y Bienestar Social de Canadá y de la Asociación Canadiense de Salud Pública, presentadas en la Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, realizada en Ottawa, en 1986, orientada a “definir claramente los objetivos futuros y a reforzar el compromiso individual y colectivo con la meta de Salud Para Todos en el año 2000” (Organización Mundial de la Salud, 1986, pág. 19), en la cual, desde la perspectiva de la salud como un recurso para la vida cotidiana planteó disposiciones específicas en procura articular elementos procedentes de diversos sectores.

4.2. La Educación médica como dispositivo

En consonancia con la intencionalidad de Salud Para Todos, emerge un entramado de relaciones, en el que diferentes prácticas inmanentes de gobierno operaron en conjunto con diferentes regímenes de verdad. (Castro-Gómez, 2013, pág. 41). En lo que respecta a la educación médica de pregrado, diferentes entes internacionales consideraron prioritario garantizar su articulación con la sociedad y con el sistema de salud en los diferentes países, lo que aún permea el momento histórico actual:

La escuela de medicina es un elemento integrante de la sociedad, un instrumento de capacitación para trabajar en la sociedad y a favor de esta, (...) fue objeto de mecanismos de control dirigidos a ejercer una presión creciente sobre los responsables de la preparación de personal de salud. (Mahler, 1981).

La OPS adelantó en la región de América Latina y el Caribe consultas, análisis regionales y nacionales, a partir de los cuales se llevaría una posición de la región frente a la problemática local. Esta estrategia favoreció no solo un nuevo discurso en el que los enunciados connotaron negativamente lo hasta entonces ofrecido, sino un nuevo escenario en el que políticamente serían admisibles las recomendaciones que surgieron en la Primera Conferencia Mundial sobre Educación Médica, de la Federación Mundial para Educación Médica, realizada en Edimburgo en 1988.

Se destacan en este documento las críticas que inducían a la reforma de la educación médica:

...la preocupación general por la inadecuación de la formación médica en su presente configuración, que no está orientada a

objetivos claramente definidos, no atiende a las prioridades de salud; no observa los más elementales principios pedagógicos; y, por otro lado, se basa en una tradición injustificada, deformada a lo largo del tiempo por la adición de fragmentos de nuevos conocimientos y ajustes de compromiso.

las escuelas latinoamericanas, en su gran mayoría, (...) no otorgan suficiente importancia a contar con un marco de referencia conceptual y explícito que tenga en cuenta el contexto socioeconómico y político, la situación de salud, los patrones de la práctica médica y la estructura y normas de funcionamiento de los servicios, no solo en función de las condiciones actuales, sino también con un sentido prospectivo. Es necesario, igualmente, identificar con gran precisión el perfil educativo del médico general, basándose en una definición más clara de sus funciones y en el establecimiento de los niveles de competencia que se requieren para su ejercicio.(...), [lo cual] permitiría la evaluación efectiva del desempeño profesional y no de los conocimientos, como se ha acostumbrado clásicamente. (Ferreira, Formación de recursos humanos para la medicina del año 2000, 1983, pág. 63).

Otro aspecto considerado en la reformulación de la formación médica es el plan de estudios, acerca del cual se destaca el exceso de información biomédica con la que se procuraba mantener actualizados los programas, de la mano de temas especializados y tecnologías complejas que ejercían “fascinación con la tecnología, haciendo del artefacto algo más importante que el paciente” (pág. 64), comprometiendo la conciencia social de los estudiantes, así como el escaso tiempo para actividades que contribuyeran a su desarrollo personal.

Para proporcionar atención primaria a toda la población, los servicios de salud necesitarán un personal multidisciplinario, con participación plena de la comunidad y con la intervención preponderante del médico general. Para lograrlo, habrá que

dar un énfasis mayor a la formación del médico general, hacer una revisión a fondo de los planes de estudio de las escuelas latinoamericanas de medicina y propiciar una interacción más estrecha de la relación médico-paciente, en consonancia con la estructura política y social de cada país. (pág. 65).

Estas críticas visibilizaron la educación médica como dispositivo, al atribuírsele “la capacidad [de] capturar, orientar, determinar, interceptar, modelar, controlar y asegurar los gestos, las conductas, las opiniones y los discursos de los seres vivos.” (Foucault, Seguridad Territorio y Población, 2006, pág. 69), haciendo indispensable y necesario intervenirla, en procura de

...cambios en la educación teórica y en la formación práctica profesional, a fin de que quienes en ella se constituyen médicos asuman, más allá de su responsabilidad de prestar servicios clínicos y curativos, los reenfoque hacia las necesidades totales del individuo, entendiéndose este como un todo. (Organización Mundial de la Salud, 1986, pág. 29)

En la Primera Conferencia Mundial sobre Educación Médica, de la Federación Mundial para Educación Médica, realizada en Edimburgo, en 1988, se acordaron algunos lineamientos para redireccionar la educación médica en pos de la racionalidad que planteó como meta la Salud Para Todos en el año 2000, la cual incluía la estrategia gubernamental de atención primaria en salud:

Para llegar al año 2000, año en que se aspira haber alcanzado la meta de Salud Para Todos, será necesario encauzar la formación de recursos humanos en el campo de la medicina para adecuar a los propósitos de la meta y preparar al equipo de servicios de salud para enfrentar a los desafíos que se presentarán en ese futuro no tan lejano. (Ferreira, 1983, pág. 65).

De este modo, se centraron las acciones para alcanzar la meta en la educación médica. Se atribuyó particular “relevancia [a los efectos] de la educación médica en el contexto de la política mundial de Salud Para Todos, a través de Atención Primaria de Salud” (Organización Panamericana de la Salud Organización Mundial de la Salud, 1988), y se señaló el escaso alcance del enfoque biomédico frente al de “producir médicos que fomenten la salud de todas las personas.” (Ferreira, 1983, pág. 65). Igualmente, se definieron los lineamientos que permitieran ‘armar un nuevo escenario’ para que la educación médica fuera pertinente a la racionalidad propuesta.

Los resultados de la Conferencia Mundial sobre Educación Médica se plantearon en la Declaración de Edimburgo, “sobre la reforma de la educación médica y un plan para implementar las recomendaciones que en la Región de las Américas serán llevadas a cabo por la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades de Medicina.” (Ferreira, 1983, pág. 65). Es decir, que los cambios serían direccionados desde instancias internacionales.

El plan se constituyó en el derrotero de una estrategia gubernamental de carácter internacional, herramienta que facilitaría a los Estados comprometidos una línea común para ejercer la presión de carácter político y social, con miras a propiciar el sujeto médico general que piense y actúe como miembro de un equipo interdisciplinario, en función de la salud de la familia y de la comunidad, del uso óptimo de los recursos financieros y materiales disponibles y de las prioridades del Estado (Mahler, 1981), el cual, al actuar en las distintas fases de la historia natural de la enfermedad, disminuyera los costos asociados al desarrollo de los avances biomédicos y a la atención clínica, y, al compartir el poder y los conocimientos con la comunidad, propiciara el agenciamiento de la misma en lo que tiene que ver con la salud, descargando al Estado de la mayoría de sus funciones.

Para esto, se prescribieron doce lineamientos orientados a constituir nuevos espacios de aprendizaje para conducir las conductas de los individuos, que debían ser adoptadas por las instituciones de educación médica:

1. Incluir en los ambientes formativos, además del hospital, “los recursos de salud de la comunidad”
2. Adecuar los contenidos de los programas de estudio a las prioridades nacionales de salud y a la disponibilidad de los recursos accesibles, para atenderlas.
3. Propiciar métodos de enseñanza-aprendizaje, que aseguren “la continuidad del aprendizaje toda la vida, por medio de un aprendizaje más activo, auto dirigido e independiente”.
4. Establecer sistemas de programas de estudio y de examen para asegurar el logro de la competencia profesional y los valores sociales, no la mera retención y rememoración de información.
5. Capacitar a los docentes, y reconocer la excelencia educativa, tanto como la investigativa y la clínica, para formar educadores no solamente expertos en contenido.
6. Complementar la instrucción sobre el manejo de pacientes con un mayor énfasis en el fomento de la salud y en la prevención de las enfermedades.
7. Tratar de lograr la integración de la educación en ciencia y la educación en práctica, empleando la solución de problemas en entornos clínicos y comunitarios como base del aprendizaje.
8. Tener en cuenta no solo la capacidad intelectual y el logro académico, sino también la evaluación de cualidades personales, al seleccionar a los estudiantes.
9. Incentivar y facilitar la cooperación entre los Ministerios de Salud y de Educación, los servicios de salud de la comunidad y otros organismos pertinentes, para el desarrollo conjunto

- de políticas y para la planificación, ejecución y revisión de programas.
10. Asegurar políticas de admisión que armonicen la cantidad de estudiantes capacitados con las necesidades nacionales de médicos.
 11. Aumentar las oportunidades de aprendizaje, investigaciones y servicios conjuntos con otras profesiones del campo de la salud y relacionadas al mismo, como parte de la capacitación para el trabajo en equipo.
 12. Clarificar responsabilidades y asignar recursos para la educación médica permanente.

Estas recomendaciones fueron adoptadas por la región, en el marco de la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud en América Latina, realizada en Santafé de Bogotá, en noviembre de 1992. (Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, 1992).

El compromiso de los países habría de poner en marcha un conjunto tecnológico que operaba con el código binario, aceptable/inaceptable, en términos de cálculos económicos y políticos, propio de los dispositivos orientados a gestionar la población, en este caso, de estudiantes de medicina en su irse constituyendo, en tanto recursos humanos que administrarían el espectro salud-enfermedad dentro de un intervalo tolerable, a partir de un cálculo de riesgos y de costos, dando cuenta de un gobierno eficaz. (Foucault, Seguridad Territorio y Población, 2006, pág. 21).

En procura de responder a las necesidades de un número cada vez más considerable de personas afectadas, que son enunciadas como “todos”, y más allá de reducir el número de enfermos, sería posible “desplegar técnicas y tácticas de gobierno que permitan a los hombres conducirse de tal forma que sus acciones puedan generar [una reducción en el gasto, o] un aumento de riqueza para el Estado.” (Castro-Gómez, 2013, pág. 59).

La Declaración sobre Educación Médica, de la Quinta Conferencia Mundial, adoptada por la 43ª. Asamblea Médica Mundial de Malta, que se llevó a cabo en noviembre de 1991, adicionó a los anteriores lineamientos, prescripciones tendientes a la internacionalización:

El objetivo de la educación médica debe ser la formación de médicos de calidad, con sentido de la ética, que respeten sus funciones en la relación médico-paciente.

Se debe preparar un programa de estudios común internacional, para la formación y conservación de un médico de calidad, cuya experiencia trascienda las fronteras internacionales.

Se deben establecer métodos internacionalmente estandarizados, a fin de lograr calidad y desempeño profesional, y aplicarse en la educación médica universitaria, de postgrado y continua.

Se debe intercambiar una pronta y libre difusión internacional de información médica analizada y generada profesionalmente, sobre problemas de salud pública y epidemiología, a fin de orientar la formulación de medidas públicas, y la educación de médicos y del público.

Se deben establecer normas internacionales para la evaluación de programas educacionales durante todo el aprendizaje.

La educación durante toda la vida del médico debe incorporarse como responsabilidad moral en un código internacional de ética para todos los médicos. (Asociación Médica Mundial, 1991).

Estas prescripciones permanecieron vigentes durante dos décadas, hasta la Asamblea General de Pilanesberg, Sudáfrica, 2006, de tal forma que, en nombre de la calidad de la educación médica, se involucró a la comunidad médica que se oponía al cambio del sistema de salud, al incidir en el campo del saber,

a partir de la definición de los asuntos curriculares básicos y responsabilizando para el logro de los mismos, tanto a las instituciones formadoras como a las asociaciones médicas de cada país. (Mahler, 1981).

En esta línea, la Organización Panamericana de la Salud propuso hacer un alto en el camino y volver la vista hacia atrás, “tratando de interpretar la esencia y la fundamentación de las distintas propuestas operativas que han tenido vigencia en los años recién pasados, confrontándolas con los escenarios futuros, que incluyen las características sociales, políticas y económicas de la región ” (Organización Panamericana de la Salud, 1987, pág. 4), un punto de conexión para retomar los lineamientos propuestos en la década del setenta, antes referenciados.

Con este interés, la Organización Panamericana de la Salud propició un trabajo previo a la Cumbre Mundial de Educación Médica, realizada en Edimburgo en 1993 (Federación Mundial para la Educación Médica, 1993), con el cual dispuso un escenario posible para “conducir la conducta de otros mediante la intervención regulada sobre su campo de acciones presentes y futuras” (Castro-Gómez, 2013, pág. 44), es decir, gobernar, en el sentido de precisar el funcionamiento del dispositivo de educación médica, al establecer los lineamientos acerca de la producción de discursos y juegos de verdad que tenían aceptabilidad cognitiva y emotiva:

Edimburgo puede ser una oportunidad para que las escuelas definan un nuevo compromiso social que rescate su función institucional y les otorgue renovada legitimidad (...).

Es necesario un nuevo estatuto de valores que trascendiendo la influencia de los cambios en los patrones de práctica, reconstruya la ética de las relaciones básicas del ejercicio profesional y la función social de atender las necesidades de salud y considerar las dimensiones de las relación médico-

paciente, entre los ‘trabajadores colectivos’ y la educación y la práctica médicas (...).

Las escuelas deberán estar abiertas al diálogo con otros saberes médicos legítimos y culturalmente validados, e integrar los conocimientos y métodos de las ciencias sociales para la comprensión de una problemática que es esencialmente social. Estas condiciones pueden ser la base para construir otro modelo científico, integral e integrador, que, por medio de estrategias de trabajo interdisciplinario y del diálogo entre distintos saberes, pueda ayudar a redefinir las relaciones entre la práctica y la educación médicas y su objetivo fundamental. (Organización Mundial de la Salud Organización Panamericana de la Salud, 1994, pág. 15).

La educación médica también fue objetivizada desde la racionalidad económica, expresada, entre otros sectores, por el Banco Mundial, el cual, en su informe de 1993 destacó la incidencia de esta en la crisis del sistema de salud: “numerosos hospitales docentes absorben grandes cantidades de los recursos, mientras que no hacen frente a los problemas de salud más comunes y urgentes de la población.” (Banco Mundial, 1993).

En cuanto a las instituciones que orientaron sus programas de educación médica, conforme a lo sugerido en la Carta de Ottawa, fue criticada la escasa atención que destinaban a la salud pública: “a menudo recibe poca atención en los programas médicos básicos, (...) y los cursos pueden ser demasiado académicos y no son relevantes para los problemas y necesidades locales.” (Banco Mundial, 1993).

De manera global se indicaba: “En el sector salud no hay suficientes proveedores de atención primaria y sí demasiados especialistas. La capacitación en salud pública, la política de salud y la gestión de la salud han sido relativamente descuidadas.” (Banco Mundial, 1993).

Los niveles de educación fueron analizados como niveles de consumo, en la perspectiva del fenómeno de:

Demanda inducida por el proveedor [en el cual el] alto número de especializaciones tiende a aumentar la frecuencia innecesaria y a menudo arriesgada de procedimientos. Esto, a su vez, empuja hacia arriba los costos de atención de salud y reduce la calidad de la atención. (Banco Mundial, 1993).

Dicha consideración apuntaba a desestimular la formación de especialistas.

El perfil epidemiológico mostraba mayor incidencia de enfermedades que podían ser prevenidas o atendidas a menor costo y, en algunas ocasiones, en ambiente ambulatorio, por personas con menor grado de formación:

Los proveedores de atención primaria tienen muchas ventajas. Cuestan menos para entrenar y reciben salarios más bajos (datos de Myanmar, Pakistán y Sri Lanka indican que entre 2,5 y 3 enfermeras pueden ser entrenados por el costo de la capacitación un médico); son más fáciles de atraer a las zonas rurales y, por lo general, se comunican más efectivamente con sus pacientes (Banco Mundial, 1993)

Argumentos con un fuerte componente económico asociaron la salud y la educación al concepto de desarrollo de los países, y soportaron las propuestas básicas para enfrentar el problema de salud a través de la educación médica. El informe del Banco Mundial instó a los gobiernos de los diferentes países, en particular a los menos desarrollados, a enfrentar la problemática y lograr “mejoras en la calidad de la prestación privada de servicios, fomento de la autorregulación de los hospitales, de escuelas de medicina y de los médicos, a través de la exigencia del rendimiento de indicadores.” (Banco Mundial, 1993).

Para ello prescribió:

utilizar políticas en materia de acreditación y autorización dirigidas a limitar la matrícula en programas de formación, y establecer normas mínimas para los planes de estudio de los proveedores (...), limitar la matrícula en las escuelas de medicina directamente¹⁹ o a través de políticas de financiación, para reducir la educación para médicos y especialistas, y expandir las oportunidades para los trabajadores de atención primaria, la salud pública, la política sanitaria, y la gestión. (Banco Mundial, 1993).

El discurso político de las autoridades relacionadas con la educación médica en los países de la región de las Américas fue conducido a partir de diez preguntas, precedidas por afirmaciones que articularon los aspectos formativos específicos, los de las instituciones formadoras y los de atención de salud, con aspectos propios del área económica y política, tales como criterios de eficiencia, eficacia, calidad, desarrollo económico y social previsible y deseable, además de los ajustes que debería tener la educación médica, a fin de garantizar las condiciones requeridas:

1. La búsqueda de altos niveles de complejidad en la atención médica a costa de una progresiva incorporación de tecnología de punta ha elevado el costo de la atención y reducido la accesibilidad de estos servicios a la población, con evidente deterioro de la equidad. ¿Cómo lograr que en la formación del médico se incorpore tempranamente el debate sobre el dilema entre complejidad y cobertura y su relevancia social?

19 “Egipto redujo las matrículas médicas a la mitad desde 1982; en Francia, el Ministerio de Salud utiliza cuotas para cortar nuevas inscripciones, de alrededor de 11.000 en 1975 a menos de 5.000 en 1989. En otros países, como Alemania y México, las universidades tienen autonomía en la determinación de la matrícula, y los cortes se deben hacer por medio de políticas de financiación de la educación”

2. La crisis de recursos afecta no solamente el funcionamiento de las escuelas y facultades, sino también la calidad del proceso educacional y la investigación científica. ¿Cómo asegurar un balance entre las exigencias y posibilidades de satisfacer las necesidades inmediatas de recursos y el mejoramiento de la calidad educacional, sin que esto signifique un mayor aislamiento de las necesidades sociales y la pérdida de objetivos trascendentes de la institución?
3. A pesar de que la práctica médica está sometida a un proceso de progresiva institucionalización, el modelo de ejercicio liberal individual de la profesión médica continúa siendo la imagen dominante del futuro médico y de sus docentes. ¿Cómo traer al nivel formativo una imagen más realista de la futura práctica profesional que reoriente el proceso formativo?
4. Aun admitiendo la influencia dominante del patrón de práctica médica sobre el proceso formativo, se reconoce en este último un grado de autonomía relativa. ¿Es posible delinear estrategias que aprovechen al máximo las potencialidades de autonomía del proceso de educación médica en la dirección de mayor compromiso social y ético?
5. Es innegable que la calidad de la atención médica debe ser permanentemente mejorada, para lo cual es indispensable desarrollar adecuados sistemas de evaluación con la participación, entre otros, de los usuarios y las escuelas de medicina. ¿Cómo contribuir a la operacionalización de este sistema de evaluación e incorporar en la formación médica la necesidad del control social de la práctica profesional?
6. Por más que hayan contribuido las ciencias biomédicas y el instrumental didáctico-pedagógico al avance de la educación médica, han sido las ciencias sociales las que han logrado mayor impacto en promover la comprensión de los determinantes de la práctica médica. ¿Cómo lograr la

- incorporación de las ciencias sociales como uno de los ejes articuladores de la educación médica?
7. La sola exposición a la atención médica en el contexto comunitario podría no ser suficiente para inducir el desarrollo de un patrón de práctica más orientado a las necesidades de la población y que enfatice la prevención y promoción de la salud sobre la curación. ¿En qué medida podría contribuir a esto una mayor articulación del conocimiento biológico y social, facilitando una mejor comprensión de la problemática de salud en toda su extensión y una profundización de las experiencias en comunidad, promoviendo una mayor coherencia entre teoría y práctica social?
 8. Una interpretación inadecuada del abordaje educativo centrada en problemas ha favorecido el manejo de situaciones específicas en forma aislada de su fundamentación científica, confundiendo la deseable interdisciplinariedad con un enfoque trivial de poco potencial formativo. ¿Cómo resguardar el abordaje científico-técnico al enfocar en un contexto interdisciplinario la formación del futuro médico, ayudándole a la búsqueda del conocimiento necesario para la solución de los problemas prioritarios, colocados en una visión integral del ser humano en la sociedad?
 9. La subordinación institucional y la práctica tecnológica colectivizada alteran la relación médico-paciente con reducción de la autonomía y responsabilidad del médico. ¿Cómo compensar esta situación, replanteando el sentido ético de la profesión, y en qué manera la escuela y el proceso formativo pueden apoyar este intento?
 10. La idea de un nuevo contrato social replantea el rol del médico en el ámbito del proceso salud-enfermedad y en la forma de interactuar en el equipo de salud, y puede equiparar en fases diferentes del cuidado médico los papeles del generalista y del especialista. ¿Cómo vislumbrar estas nuevas

concepciones, tanto en la práctica como en la educación médica? (Organización Mundial de la Salud Organización Panamericana de la Salud, 1994, págs. 16-19).

Los discursos que antecedieron a la Cumbre Mundial de Educación Médica, realizada en Edimburgo en 1993, señalaron la necesidad de una ética dirigida no solo a la atención individual, sino a la atención de las poblaciones:

Al parecer, ni las facultades de medicina ni los profesionales se han percatado de que la declaración de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que refleja el nuevo pensamiento sobre la salud, expresado en ese sencillo lema “Salud Para Todos”, implica un profundo cambio conceptual y el advenimiento de la ética de la salud pública, dentro de la cual la ética hipocrática debe considerarse solo como uno de sus tantos aspectos. (pág. 3-4).

Con ello, la ética amplió su espectro, del deber vocacional-profesional para con el paciente, independiente del número de personas atendidas, a una ética que, encaminada a la productividad económica de la institución a la que se encuentra vinculado el médico, centra su compromiso en facturar actividades, calcular riesgos y producir ingresos, a partir, no de la relación-médico paciente, sino del número de atendidos, todo ello dentro de límites impuestos por el mercado.

De igual forma, fueron considerados insuficientes los desarrollos regionales en materia de educación médica:

Ante las exigencias derivadas de cambios (...), en los últimos años las facultades se han preocupado por la transformación curricular y la búsqueda de una mayor eficiencia educativa (...), sin que ninguno de los casos implique un cambio del modelo educacional o un compromiso efectivo con la población

o el servicio. Debemos resaltar el concepto de integración docente-asistencial vigente en América Latina, que encierra un compromiso global de la universidad y de la facultad con los servicios y con la población, que, ciertamente, supera en su alcance el enfoque comunitario que predomina en otras regiones. (pág. 8).

Además, dieron recomendaciones sobre las estrategias metodológicas adoptadas:

En algunas circunstancias se ha intentado inducir el contacto con la comunidad, como si este contacto fuera el elemento revelador de lo que sucede en la sociedad, y no una parte de esa realidad que requiere un arsenal científico, teórico y metodológico integral para ser conocido. La orientación del aprendizaje basado en problemas no puede restringirse a las estrategias de resolución ni organizarse sobre manifestaciones de fenómenos aislados, sino que es necesario profundizar en las explicaciones de dichos problemas, lo que llevaría a discutirlos en su integridad. Esto requiere una aproximación científica que obligaría a fortalecer la enseñanza de las ciencias básicas, inclusive de las ciencias sociales. (pág. 10).

Las recomendaciones para la acción, derivadas de la Cumbre antes mencionada, fueron presentadas a modo de problemáticas agrupadas en cinco temas, frente a las cuales en Colombia se dictaron estas disposiciones para su abordaje:

El primero de los temas, la práctica médica y la política, denotó la necesidad de formar profesionales que se adecuen a los cambios del sistema, para lo cual prescribió el reconocimiento, relación y participación de las instituciones de educación médica con y desde el contexto para el cual se ofrece, de tal manera que los contenidos académicos, sean congruentes con los

requerimientos del mercado laboral. (Congreso de la República, 2009).

El segundo tema apuntó a las prescripciones al interior de la educación médica, con las cuales fueron definidas las técnicas para gobernar las conductas de los estudiantes y docentes, fomentando la actividad independiente y autónoma dentro de ciertos límites, definidos a partir de cuántos y quiénes deben o no acceder, lo que se debe o no saber, el método para aprender, el ambiente de prácticas formativas y las posiciones de los sujetos, entre otros aspectos, que permiten hacer una descripción de la relación saber-poder. (Colombia. Congreso de la República, Ley 1324, 2009).

El tercer tema, el espectro continuo de la educación médica, estableció las diferencias para los niveles de formación de pregrado, especialización y educación continuada de egresados en cualquiera de los niveles de formación, y prescribió el dominio de habilidades para aprendizaje auto dirigido en la educación regular y de posgrado. Respecto de la educación médica continuada, esta debe responder a las necesidades de los médicos, con información proveniente tanto del mundo profesional como del público.

El cuarto tema, asociado con el aprendizaje, corresponde a la educación para compartir el poder, soportado en el saber, con otros miembros del equipo de salud y con la comunidad.

El quinto tema, lugares para el aprendizaje, se orientó a posibilitar el contacto de los estudiantes con un espectro más real de problemas de salud, contribuyendo a la medicalización de los espacios comunitarios.

Las anteriores disposiciones corresponden al sustrato de la racionalidad política que habría de operar no solo en Colombia, sino en los demás países de América Latina, excepto en Brasil.

Como refiere Sven Optiz, citado por Castro (2013):

Las racionalidades políticas conceptualizan y justifican objetivos, producen y favorecen medios para alcanzarlos, posicionan las acciones políticas en sus correspondientes campos institucionales, diseñan límites para las prácticas de gobierno y definen posiciones de sujeto para las intervenciones gubernamentales. (pág. 31).

La descalificación-corrección de la educación médica posicionó nuevos objetos. Ya no se trataba del enfermo y su cuerpo individual, sino de un “cuerpo múltiple, cuerpo de muchas cabezas, si no infinito, al menos necesariamente innumerable” (Foucault, Defender la Sociedad Curso en el College de France (1975-1976), 2001, pág. 222), que corresponde a la comunidad, enunciada bajo la expresión “todos”; en consecuencia, se generaron fenómenos colectivos, aleatorios e imprevisibles, que se manifiestan en efectos económicos y políticos analizados y visibilizados a partir de:

...las estimaciones estadísticas, las mediciones globales; se tratará, igualmente, no de modificar tal o cual fenómeno en particular, no a tal o cual individuo, en tanto que lo es, sino, en esencia, de intervenir en el nivel de las determinaciones de esos fenómenos generales, esos fenómenos, en lo que tienen de global. Será preciso (...) instalar mecanismos de seguridad alrededor de ese carácter aleatorio que es inherente a una población de seres vivos; optimizar un estado de vida: mecanismos como los disciplinarios, destinados, en suma, a maximizar fuerzas y a extraerlas, pero que recorren caminos enteramente diferentes. Puesto que aquí, a diferencia de las disciplinas, no se trata de un adiestramiento individual efectuado mediante un trabajo sobre el cuerpo mismo; no se trata, en absoluto, de conectarse a un cuerpo individual, como lo hace la disciplina, sino, al contrario, de actuar mediante mecanismos globales, de tal manera que

se obtengan estados globales de equilibrio y regularidad. En síntesis, de tomar en cuenta la vida, los procesos biológicos del hombre/especie y asegurar en ellos no una disciplina, sino una regularización. (pág. 223).

Se posicionaron estrategias para la atención, la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, campañas de educación dirigidas a que la población aprenda a mantener su salud y a participar en las estructuras dispuestas para tal fin. Para ello, la educación médica debería incluir prácticas formativas en espacios comunitarios, y competencias que garantizaran “mecanismos mucho más sutiles, económicamente mucho más racionales que la asistencia a granel” (pág. 221), como si no bastara constituir a los estudiantes de medicina en su irse haciendo médicos. Se pide que cada individuo cuide de su salud haciendo uso de la información médica, porque la mejor manera de evitar que se propague la enfermedad es difundir la medicina.

Se insta de esta manera lo que Foucault denominó “medicalización indefinida”, que tiene lugar en el siglo XX, caracterizada, básicamente, por un desborde de la medicina:

...de su dominio propio (...) [que corresponde a] la demanda del enfermo, su sufrimiento, sus síntomas, su malestar, lo que promueve la intervención médica y circunscribe su campo de actividad, definido por un dominio de objetos denominado enfermedades y que da un estatuto médico a la demanda. (...) [La medicina del siglo XX] responde a otro motivo que no es la demanda del enfermo. (...) Existe una política sistemática y obligatoria de "screening", de localización de enfermedades en la población, que no responde a ninguna demanda del enfermo. (...) De un modo más general se puede afirmar que la salud se convirtió en un objeto de intervención médica. Todo lo que garantiza la salud del individuo, ya sea el saneamiento del agua, las condiciones de vivienda o el régimen urbanístico, es hoy un

campo de intervención médica que, en consecuencia, ya no está vinculado exclusivamente a las enfermedades. (...) Lo que caracteriza al período presente (...) es que la medicina de los últimos decenios, además de ocuparse de otros aspectos distintos de los enfermos y las enfermedades, comienza a no tener campo exterior. (...) Cuando queremos recorrer un dominio exterior a la medicina hallamos que ya ha sido medicalizado, y cuando se quieren objetar la medicina, sus deficiencias, sus inconvenientes y sus efectos nocivos, esto se hace en nombre de un saber médico más completo, más refinado y difuso. (Foucault, *La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina*, 1974, pág. 160).

En lo que respecta a la educación médica en Colombia, a mediados de la década del noventa, como fue referido, se reglamentó lo relacionado con los convenios entre las instituciones prestadoras de salud y las instituciones de educación, eje que se articuló como un nuevo mecanismo de control, tendiente a garantizar a la calidad de la educación superior, por cuanto determinó el medio en el que se realizarían las prácticas formativas en las que el estudiante va haciéndose médico.

Esta racionalidad prescribe aspectos curriculares, administrativos, financieros, de dotación e infraestructura, referidos como “estándares de calidad en programas académicos de pregrado en Ciencias de la Salud” (Ministerio de Educación Nacional Decreto 0917, 2001), establecidos por “el Ministerio de Educación Nacional, con el apoyo de las instituciones de educación superior, las asociaciones de facultades o asociaciones profesionales o de pares académicos (Ministerio de Educación Decreto 2566, 2003), orientados a ‘garantizar una formación integral’, promulgada en la Constitución Política, en la Ley General de Educación y en la Ley 30 de 1992, como garantía del desempeño del egresado.

A dichos estándares deben responder los programas de educación médica para ser validados para su funcionamiento en el país, mecanismo en el que “hay una acción, no sobre los participantes del juego, sino sobre las reglas del juego, y, para terminar, en la que haya una intervención que no sea del tipo de sujeción interna de los individuos, sino de tipo ambiental.” (Foucault, *El nacimiento de la biopolítica*, 2007, pág. 303).

Como instrumento se destaca la obtención del registro calificado (Presidencia de la República Decreto 1295, 2010), garante de la sujeción al régimen de poder-saber-verdad vigente, el cual define con carácter obligatorio lo relacionado con las prácticas formativas. De esta manera se interviene sobre el medio ambiente, en el que los estudiantes son conducidos mediante la “intervención regulada sobre su campo de acciones presentes y futuras” (Castro-Gómez, 2013, pág. 44), constituyéndose en sujetos productivos, aun antes de haber terminado de cursar los estudios.

Lo anterior, desde una lógica en la que los programas de Medicina, al adoptar: “Las características específicas de los aspectos curriculares (...), siguiendo los parámetros establecidos por el Gobierno Nacional” (Presidencia de la República, 2003, Decreto 2566) constituyen el médico competente requerido (Congreso de Colombia Ley 1751, 2015), lo cual se traduce en que el “egresado [se] desempeñe en diferentes escenarios, con el nivel de competencias propias de cada campo.” (Presidencia de la República, 2003, Decreto 2566).

4.3. Desplazamiento del médico y del paciente

En el período de tiempo elegido para el análisis, América Latina implementó reformas en los sistemas de salud, lo cual fue

cuidadosamente intervenido por tecnologías de gobierno que modificaron el medio en el que se constituyen nuevas prácticas discursivas y nuevos sujetos.

Como ha sido descrito, las reformas fueron orientadas por organismos internacionales que contribuyeron a configurar el régimen de saber-poder-verdad, vigente hasta hoy:

El Banco Mundial, en el informe de 1993, sentó los principios básicos de las reformas y los nuevos sistemas, [así como] el Fondo Monetario Internacional, la USAID y el Banco Interamericano de Desarrollo, y las instituciones aseguradoras/proveedoras y prepagas privadas, funcionarios de los gobiernos y académicos. (Mesa Lago, 2005, pág. 29),

En Colombia, los marcos de socialización de los últimos veinte años depositaron la confianza en la Constitución de 1991. Para efectos del sector salud, el Estado dio lugar a la ilusión, que tal como se promulgó en la Carta de Ottawa, serían adoptadas las recomendaciones que hicieran posible la “Salud Para Todos en el año 2000” (OMS, 1991); en consecuencia, se adoptaron nuevos modos de prestación de servicios de salud, con la promesa de garantizar el derecho de todos los colombianos a ella.

Las reformas de la salud han sido un proceso complejo, pues afectan a un gran número de personas, en procura de responder a necesidades inaplazables y a contener los costos que la salud ocasiona al patrimonio nacional.

Las primeras reformas en el país se fundamentaron en los discursos gubernamentales de descentralización política y administrativa de la Ley 10 de 1990 (Colombia. Congreso de la República, 1990), en la disposición del aparato administrativo para el modelo de salud propuesto por el Banco Interamericano

de Desarrollo y en la Asamblea Constituyente²⁰, que transformó los modos de enunciación de los servicios de atención en salud, sus instituciones y sus actores. La Asamblea descentraliza la salud y convierte las instituciones en establecimientos públicos de orden municipal, departamental y nacional, desintegrando de esta manera el sistema único de salud. (Londoño & Frenk, 1986).

El análisis económico de los servicios de salud se fue convirtiendo, entonces, en la base fundamental de la formulación de políticas de salud, dándose así una tendencia a valorar la superioridad de los mecanismos del mercado, lo que conllevaba una redefinición del papel del Estado en su capacidad de intervención. Se optó entonces por sustituir, sobre todo en el área de los servicios públicos o semipúblicos, las normas, instituciones y mecanismos como la planificación, por mecanismos como la competencia, los precios y los incentivos. (Báron, 2007).

Algunos profesionales de la salud, administradores de hospitales, empleados de la seguridad social y sindicatos, entre otros funcionarios del sector, se resistieron a las reformas, particularmente a la expansión del subsector privado, y presionaron por un mayor gasto público de salud. (Mesa Lago, 2005)

Este conflicto de fuerzas dio lugar a la transformación del sistema de salud, el cual cambió en la primera mitad de la década del noventa, de Sistema Nacional de Salud a Sistema General de Seguridad Social en Salud, contexto en el que la relación médico-paciente, enfocada hacia la enfermedad, institucionalizada en el

20 El artículo 49 del texto final de las cesiones no constitucionalizó el “pluralismo estructurado”, pero sí dejó consagradas algunas reglas que eran fundamentales para su implementación, como aquella que permitía la participación del sector privado en la configuración del sistema. Esta participación era fundamental para la implementación del “pluralismo estructurado”, ya que el mismo busca, explícitamente, la articulación de las mejores características de sistemas altamente estatalizados y de sistemas altamente flexibles de mercado. (pág. 17)

hospital, en el consultorio y en la atención extramural (brigadas de salud) para el manejo de los factores condicionantes del ambiente, fue desplazada, y en su lugar emergió la relación prestador de servicios-usuario, inserta en los espacios cotidianos de la población, enfocada al control financiero de los costos de la salud.

La formación de los médicos fue enunciada como formación del recurso humano en salud (Ministerio de Salud Pública, 1992), con lo cual el estudiante de medicina, en el marco de los convenios docente-asistenciales, debía ser dispuesto para ser parte del equipo de trabajadores, un prestador de servicios de salud; por tanto, “un elemento requerido para cumplir una determinada función”, en un ambiente de aprendizaje controlado por la institución de salud, a través de prescripciones procedentes del sistema de salud relacionadas con el tiempo de atención, número de pacientes que se deben atender en determinado tiempo, cantidad de procedimientos, ayudas diagnósticas, número y costo de medicamentos e intervenciones, formas arquitectónicas de los espacios destinados para la atención, actividades que se deben realizar previstas en guías, protocolos de atención y esquemas regulados de manejo que dan lugar a los algoritmos, con todo lo cual se redujo la autonomía del médico, se garantizó su productividad y fue convertido como un interviniente directo en la regulación del costo en salud. (Díaz Lozano, 2014)

Una década después se hace referencia a la formación del talento humano en salud, centrada ya no en lo que debe aprender el estudiante, sino en las competencias, habilidades y destrezas que debe ostentar al final de su formación, para desempeñar diferentes roles, en diferentes escenarios, tanto del sector salud como fuera de este. (Congreso de la República de Colombia, 2007).

De otra parte, el Sistema General de Seguridad les reconoce a todos los miembros de la sociedad el derecho a la salud y el respeto a su autonomía, dada su calidad de afiliados al sistema de salud. Los ciudadanos adquirieron, entonces, el estatus de usuarios, en igualdad de condiciones frente a la institución de salud en la que debían recibir la atención requerida y pertinente, de acuerdo con lo previsto por el régimen de aseguramiento al que se hallaran afiliados (subsidiado o contributivo), en el marco de criterios de eficiencia, eficacia y solidaridad. (Díaz Lozano, 2014).

Al interesarse por su propia salud, los miembros de la comunidad, más que en usuarios, “se convirtieron en consumidores que eligen y usan activamente la Medicina, las biociencias, los productos farmacéuticos y los medicamentos alternativos” (Rose, 2012, pág. 60), dejando de ser receptores pasivos de derechos reconocidos por el estado, a asumir de manera activa el cuidado de su salud, de la salud de su familia y de la salud de la comunidad a la que pertenecen, para lo cual es conducido a partir del saber que le comparte el equipo de salud.

El individuo no necesita sentirse enfermo (tener síntomas), sino, simplemente, tener la información suministrada por expertos que le indiquen cuáles son los factores de riesgo, que debe gestionar. Disociada de la sintomatología, la enfermedad no significa experimentar un cambio corporal, ni siquiera sentir dolor alguno, sino que se convierte en un problema de información que el individuo es responsable de recibir y procesar. (...) La salud es un asunto de información que el individuo debe calcular con el fin de gestionar su propio capital humano, cada cual debe conocer su propio capital biológico: (saber si es propenso a determinadas enfermedades) (...), pues estos son factores que pueden afectar la productividad y el desempeño económico de una persona. Por eso, cada cual es responsable

de gestionar incluso sus disposiciones genéticas, aun cuando no tenga síntoma alguno. (pág. 60).

El régimen de verdad, propio de la tecnología de gobierno en análisis, no establece una relación directa entre la actividad del médico tratante y la salud del paciente o de la comunidad, ni entre las prácticas de enseñanza directa al lado del paciente y el aprendizaje del estudiante de medicina, ni entre el conocimiento de todos los tipos de enfermedades hasta ahora descritas y el aprendizaje basado en problemas, sino que considera que la salud es el producto de múltiples factores que deben ser controlados, ya no solo por el Estado, ni por el personal de salud sino por la comunidad en general. De otra parte, dicho régimen de verdad pondera la autonomía del estudiante de medicina, el aprendizaje significativo y el aprender a aprender, a fin de garantizar la gestión que deberá hacer de sí mismo una vez egrese.

Es toda otra manera de poner en juego la relación colectivo/individuo, totalidad del cuerpo social/fragmentación elemental; otra manera que va a actuar en lo que llamamos población (...) [la cual] va a dejar de presentarse como un conjunto de sujetos de derecho, un agrupamiento de voluntades sometidas que deben obedecer la voluntad del soberano por intermedio de los reglamentos, las leyes, los edictos, etc. Se la considerara como un conjunto de procesos que es menester manejar en sus aspectos naturales. (Foucault, Seguridad Territorio y Población, 2006. pág.93).

En lo que corresponde a los aspectos curriculares, la nueva tecnología de gobierno, de una parte, fue articulándose en las estructuras curriculares previas a través del ingreso en el plan de estudios de contenidos inscritos en nuevas asignaturas, las cuales consolidaron nuevas áreas que fueron manejadas por departamentos; de otra, actuó en los campos del ejercicio

profesional, mismos que a lo largo del período elegido para la investigación han sido reconocidos como campos de prácticas formativas siempre que cumplan con los regímenes de jurisdicción-validación, a partir de los cuales son cada vez más intervenidos y controlados mediante mecanismos (anexos técnicos), y que operan a través de las instituciones sobre los sujetos que en ellas estudian, prestan servicios o reciben atención.

Como lo plantea Foucault (2001):

...no excluye la técnica disciplinaria, sino que la engloba, la integra, la modifica parcialmente y, sobre todo, la utilizará implantándose en cierto modo en ella, incrustándose, efectivamente, gracias a esta técnica disciplinaria previa. Esta nueva técnica no suprime la técnica disciplinaria, simplemente porque es de otro nivel, de otra escala, tiene otra superficie de sustentación y se vale de instrumentos completamente distintos. (pág. 219).

Actualmente, la educación, y de manera particular el currículo, se constituye en un dispositivo orientado a

...la formación integral de los colombianos, (...) capacitándolos para cumplir las funciones profesionales, investigativas y de servicio social que requiere el país.” (Colombia, Congreso de la República, Ley 30 de 1992, art. 6). En el caso particular de la educación a nivel de pregrado, “prepara para el desempeño de ocupaciones, para el ejercicio de una profesión o disciplina determinada.” (Colombia, Congreso de la República, Ley 30 de 1992, art. 9).

El dispositivo curricular de la educación médica de pregrado se encuentra constituido por regímenes de enunciación y de visibilidad (Deleuze, ¿Qué es un dispositivo?, 1990), líneas de fisura, de fractura y líneas de fuerza, que establecen relaciones

saber-poder, e influyen en los procesos de sujeción y en algunos casos de subjetivación, en el sentido de la constitución de “sí mismos” de los sujetos que intervienen en dicha educación médica desde distintas posiciones, y que en el presente estudio se interesan en los estudiantes de pregrado de medicina. De acuerdo con Foucault, el dispositivo curricular de medicina corresponde a:

...un conjunto decididamente heterogéneo, que comprende discursos, instituciones, instalaciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas. (...) El dispositivo es la red que puede establecerse entre estos elementos (...) el dispositivo era de naturaleza esencialmente estratégica, lo que supone que se trata de una cierta manipulación de relaciones de fuerza, bien para desarrollarlas en una dirección concreta, bien para bloquearlas, o para estabilizarlas, utilizarlas, etc. El dispositivo se halla, pues, siempre inscrito en un juego de poder, pero también siempre ligado a uno de los bornes del saber, que nacen de él, pero que así mismo lo condicionan. (...) Unas estrategias de relaciones de fuerzas soportando unos tipos de saber, y soportadas por ellos. (Foucault, Saber y verdad, 1985, págs. 128-131).

Regímenes de control que actúan en diversas direcciones e involucran al Estado, a las instituciones educativas en que son formados médicos generales, a las instituciones de salud, a los miembros de la comunidad educativa y a la comunidad en la que tales instituciones tienen ingerencia. Se apoyan en el desarrollo de saberes que visibilizan la salud y ensombrecen los saberes relacionados con la enfermedad y con el enfermo, e invitan a desempeñarse en diferentes roles y escenarios desde el proceso de formación, todo ello en un ambiente finamente regulado a

través de normas, reglamentos y estándares, documentos con los cuales se someten a evaluaciones que permiten que los programas sigan funcionando o los llevan al cierre.

Este dispositivo se halla imbricado, articulado, configurado por un campo de intersección entre los sectores salud y educación, y por un campo de seguimiento, control y evaluación que no actúa sobre el sujeto-estudiante, sino sobre los mecanismos en que este es constituido como médico, regulando la relación entre saber y poder, en una adaptación local de las tecnologías globales previamente analizadas.

Las reformas del Sistema General de Seguridad Social en Salud vigentes procuraron la adopción de un

Modelo de prestación del servicio público en salud que, en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud, permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y para la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país. (Congreso de Colombia Ley 1438 de 2011).

Lo anterior sería ampliado en los servicios integrales de salud, que comprenden “la promoción [de esta], la prevención, la paliación, la atención de la enfermedad y la rehabilitación de sus secuelas” (Congreso de Colombia Ley 1751, 2015), lo cual es congruente con los lineamientos internacionales propuestos desde la década del setenta, acerca de los cuales hemos hecho referencia a lo largo del texto.

Entre los mecanismos de que dispone el Estado para lograr lo reglamentado se encuentran los programas de educación médica, los cuales se encuentran sometidos a seguimiento, control y evaluación del cumplimiento de criterios establecidos

y reforzados a lo largo del período objeto de estudio. Es importante analizar cómo el cambio del sistema de salud fue la estrategia para adaptar y preparar los médicos que habrían de desempeñarse en él.

Con la reorganización del Sistema Nacional de Salud, el Ministerio de Salud tiene entre de sus funciones: “Colaborar (...) en la formulación de la política de formación del recurso humano, de acuerdo con las necesidades del sistema de salud y las exigencias de la integración docente-asistencial, en los campos de atención, científico-técnico y de administración.” (Congreso de la República. Ley 10, 1990). En el mismo sentido, y otorgando especial relevancia a la relación docencia-asistencia, fueron asignadas funciones a las Direcciones Seccionales y Locales del Sistema de Salud:

Desarrollar planes de formación, adiestramiento y perfeccionamiento del personal del sector salud, en coordinación con las entidades especializadas del MISMO sector, o con las del sector educativo, poniendo especial énfasis en la integración docente-asistencial, así como en la administración y mantenimiento de las instituciones hospitalarias. (...) Establecer, en coordinación con las entidades educativas, los campos y tiempos de práctica que deben preverse en los planes de formación, en orden a garantizar la calidad de los servicios que se presten. (Congreso de la República, Ley 10, 1990).

De esta forma, la estrategia atravesó las instancias local, regional y nacional; además, enfatizó en los ambientes educativos, garantizando y posicionando la regulación de las prácticas en los escenarios clínicos, lo cual da cuenta de un conflicto con lo planteado en los discursos de atención primaria en salud.

La Constitución de 1991 garantizó el funcionamiento del dispositivo curricular, en ciertos sentidos: definió la educación

como “un derecho de la persona y un servicio público que tiene una función social, (...) formará al colombiano (...) en la práctica del trabajo y la recreación.” (Constitución Política de Colombia, 1991, Art. 67). Prescribió la formación integral como un derecho soportado (en) “la participación activa de los jóvenes en los organismos públicos y privados que tengan a cargo la protección, educación y progreso” (Constitución Política de Colombia, 1991, Art. 45), instancias en las que tiene lugar la toma de decisiones, tales como los consejos de facultad, los comités curriculares y de investigaciones, entre otros (Congreso de la República, Ley 115, 1994, art. 91), y planteó la autonomía universitaria para las instituciones formadoras (Constitución Política de Colombia, 1991, art. 69), en el sentido de:

...darse y modificar sus estatutos, designar sus autoridades académicas y administrativas, crear, organizar y desarrollar sus programas académicos, definir y organizar sus labores formativas, académicas, docentes, científicas y culturales, otorgar los títulos correspondientes, seleccionar a sus profesores, admitir a sus alumnos y adoptar sus correspondientes regímenes, y establecer, arbitrar y aplicar sus recursos para el cumplimiento de su misión social y de su función institucional. (Colombia, Congreso de la República, Ley 30 de 1992).

Los cambios que introduce la Constitución de 1991 pueden explicarse desde el siguiente planteamiento de Foucault:

...el juego: dejar que la gente haga y que las cosas pasen, que las cosas transcurran; dejar hacer, pasar y transcurrir, significa esencial y fundamentalmente hacer, de tal suerte que la realidad se desarrolle y marche, siga su curso de acuerdo con las leyes, los principios y los mecanismos que le son propios. (Foucault, Seguridad Territorio y Población, 2006, pág. 70).

Sin embargo, es importante denotar que, en relación con la educación de los profesionales de la salud, esta fue previamente sujeta al sistema de salud en una red de relaciones constituida por individuos e instituciones que exceden el campo de la salud:

...los sectores de salud, educación, trabajo y seguridad social, para concertar la política relacionada con la formación, desempeño y distribución del recurso humano en salud acorde con las necesidades del país y con el desarrollo de una cultura de la salud. (Colombia. Presidencia de la República, 1992, Decreto 1849).

Dicha inclusión influye directamente en los elementos constitutivos del saber requerido, a través de “la política general sobre los aspectos relacionados con la dinámica que deben tener los currículos de las ciencias de la salud.” (Colombia. Presidencia de la República, 1992, Decreto 1849).

El Sistema de Seguridad Social Integral (Ley 100 de 1993) subordinó la formación del recurso humano al mecanismo de convenios docentes-asistenciales. Al respecto, señala: “deberán contar con un centro de salud propio o formalizar convenios docente-asistenciales con instituciones de salud que cumplan con los tres niveles de atención médica (...), para poder realizar las prácticas de formación.” (Colombia, Congreso de la República, Ley 100 de 1993). De igual manera, dicho Sistema hace referencia a las labores formativas, la selección de los docentes y el número de estudiantes admitidos.

Al mismo tiempo, la reforma transformó los campos de práctica clínica en Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), para las cuales era preciso hacer rentable la hasta entonces relación docente-asistencial, dando lugar a la relación docencia-servicio, lo que trajo consigo nuevos saberes e intereses de orden financiero, diferentes modos de atención en los que se garantizaba

el encuentro del médico y el paciente, pero no el seguimiento del uno con el otro. Basta la presencia de un alguien que atienda al enfermo para de esta manera no vulnerar el derecho a la salud del segundo. Esto afectó, tanto el adecuado seguimiento de los pacientes por parte de los estudiantes con el objetivo de aprender del caso clínico, como el tiempo y la modalidad de enseñanza que se implementa por parte del docente. Surgieron al respecto denuncias que manifestaban quejas, como:

El entorno de práctica limita la autonomía y la iniciativa del médico al regular sus actuaciones con la normatividad que opera desde lo económico: desconoce la complejidad de circunstancias del acto médico formal y lo que el tiempo significa en términos de pronóstico y oportunidad para resolver problemas sencillos que pueden complicarse en lapsos breves. (Patiño, 2001).

Es importante destacar que al cierre del presente documento en Colombia han entrado en circulación recomendaciones y prescripciones con las que se espera implementar reformas al modelo a atención en salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016), y a la educación médica (Comisión para la Transformación de la Educación Médica; Ministerio de Salud y Protección Social; Ministerio de Educación Nacional, 2017) en la que sean posicionados ambos actores.

4.4. Prácticas-docencia-servicio. El eslabón para la normatización

Los currículos de educación médica articulan dos componentes no reductibles, relacionados con los espacios por los que transitan los estudiantes de pregrado de medicina en Colombia. Uno de ellos corresponde a las “prácticas formativas

de los programas y los procesos educativos del personal de salud que se llevan a cabo en las instituciones prestadoras de servicios de salud.” (Colombia. Programa de Apoyo a la Reforma de Salud, 2004). El otro, un poco más del plano de lo enunciable, corresponde a la metodología y contenidos que configuran el plan de estudios.

Las prácticas formativas son especificadas en sus diferentes modalidades, así:

Los programas del área de Ciencias de la Salud deben contar con escenarios de práctica universitarios que permitan desarrollar las áreas del conocimiento y desempeño profesional, a través de convenios institucionales en los distintos niveles del sector salud y otros sectores, de conformidad con las disposiciones legales vigentes, en especial las relativas a la relación docente-asistencial en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (...), laboratorios para docencia e investigación, de anatomía, histo-embriología, bioterio, biología molecular, fisiología y bioquímica, farmacología, patología; instalaciones para cirugía experimental y laboratorios dedicados a la investigación. (Ministerio de Educación Nacional, Decreto 0917 de 2001).

Si bien los escenarios de práctica son múltiples, el estudio se centrará en las prácticas de educación médica que tienen lugar en el marco de la relación docencia-servicio, por ser esta el eslabón para la normatización de los sujetos al sistema de salud.

La relación docencia-servicio corresponde a la intersección: educación-asistencia en salud, condicionada por las transformaciones del sistema de salud, en las que las instituciones formadoras tienen escasa injerencia. Se encuentra fuertemente intervenida por discursos gubernamentales, que determinan las conductas de los estudiantes, al hallarse cada una de las decisiones médico-asistenciales supeditada a las maneras en que el entramado de relaciones visibiliza y oculta los procesos

diagnósticos y terapéuticos, a través de guías y protocolos (Congreso de Colombia Ley 1438 de 2011, 2011), y facilita o no la posibilidad de relacionarse con el paciente: “mantener comunicación con el profesional de salud tratante (Congreso de la República, 2015, Ley 1751), desde perspectivas centradas en los criterios de evidencia científica y de derechos del paciente.

Debe ser una característica del accionar de los diferentes actores institucionales que intervienen en la formación y el desempeño del Talento Humano en Salud, que garantiza la concreción de la articulación y la armonización de las políticas, estrategias, instrumentos legislativos, normas, procesos y procedimientos que rigen en sus respectivos campos de actuación para lograr un desarrollo equilibrado y acorde con las necesidades del país. (Congreso de la República, 2007, Ley 1164).

Es en ese contexto en el que, desde lo dicho y lo no dicho por la institución universitaria, desde lo que les es admitido ser, pensar, decir y hacer, o lo que le resulta válido o no válido, que el estudiante de medicina ‘va siendo’ médico, teniendo lugar la ‘integración normalizada en el sistema’ de prestación de servicios de salud, el cual entraña una fuerte atomización en sus diferentes aspectos, especialmente en lo relacionado con los sujetos y los servicios a los que acceden y/o que prestan.

Foucault plantea: “No es un sujeto quien produce el saber, sino que el poder produce el saber, y el saber determina las formas de dominio posibles”. De este modo, las prácticas formativas de la educación médica, contextos témporo/espaciales por los que transcurre el estudiante de medicina, junto con docentes, pacientes, médicos, autorizadores de servicios y demás personal de salud, corresponden a un medio en el que saber y poder van constituyendo la subjetividad del futuro médico, por la introyección de discursos y prácticas discursivas y no discursivas, pre-establecidas, pre-existentes, pero siempre modificables.

Estos contextos se hallan sujetos al desarrollo de políticas y seguimiento por parte de los Ministerios de Salud y de Educación, generan ganancias en lo educativo y en lo asistencial, al “garantizar la excelencia académica en la formación de los estudiantes y la prestación de un óptimo servicio de atención en salud a la comunidad” (Colombia, Ministerio de Salud, Decreto 190, 1996), por cuanto disminuye la inversión en recursos humanos de ambos sectores:

Los profesores de la entidad educativa y el personal de salud de la institución prestadora de servicios que participa en el programa respectivo son quienes deben actuar en forma integrada en la prestación de servicios y en los programas académicos. (Colombia. Ministerio de la Protección Social, 2003, Acuerdo 003).

Aumenta la productividad económica a través de la “delegación progresiva de funciones y responsabilidades a los estudiantes” (Presidencia de la República, 2010, Decreto 2376), durante las prácticas formativas que realizan, lo cual es reflejado por ellos en las bitácoras, al describir de algunas prácticas:

“Se labora más de ocho horas diarias, se llega temprano y se sale tarde, con necesidad de pagar taxis. Es más importante ayudar en el quirófano, que la educación.”²¹

Cabe destacar que existen lineamientos que les dan a los estudiantes el estatus de trabajadores, en términos de los riesgos laborales y salud ocupacional:

Los estudiantes de todos los niveles académicos de instituciones educativas públicas o privadas que deban ejecutar trabajos que signifiquen fuente de ingreso para la respectiva institución, o cuyo entrenamiento o actividad formativa es

21 Bitácoras, estudiantes de Medicina de la Universidad del Tolima

requisito para la culminación de sus estudios e involucra un riesgo ocupacional, [deberán ser afiliados a ARL], de conformidad con la reglamentación que para el efecto se expida dentro del año siguiente a la publicación de la presente Ley por parte de los Ministerio de Salud y Protección Social. (Congreso de la República, 2012, Ley 1562).

Así mismo, se garantiza “el reconocimiento del contexto institucional, en los aspectos político, social y económico, del [o de los] escenario[s] en donde se desarrolla el componente respectivo de los programas educativos” (Ministerio de la Protección Social, 2003, Acuerdo 003), con lo cual se avanza en “la reorganización funcional, capacitación y adecuación progresiva del talento humano” (Congreso de la República, 2011, Ley 1438), relacionado con la pertinencia de las funciones que deba desempeñar el futuro egresado, que, tal como se observa en la oferta de campos de práctica, incluye las instituciones de salud en sus más reciente estructuración y los espacios comunitarios.

Las comunidades, como espacios de práctica, propician, además del reconocimiento del contexto por los estudiantes, su formación como sujetos sensibilizados y concientes de sus deberes sociales, dispuestos a articular su interés individual con los intereses de la comunidad a la cual asisten, ya no solo en los aspectos relacionados con la enfermedad, sino con otros aspectos reconocidos como generadores o protectores de la salud, a fin de generar hábitos de vida saludables.

“A lo largo del aprendizaje en el campo médico he descubierto que los principios y los valores con los cuales me han formado desde mi familia, han despertado ese espíritu comunitario y social, el cual es el principal motivo personal por el que quiero alcanzar la meta, y el propósito de ser médico integral y profesional. El querer ayudar y cumplir un rol realmente significativo en la comunidad, y dejar un

legado comunitario en la sociedad, es tal vez una gran recompensa para el ser integro que quiero ser.”²²

Otro estudiante manifiesta:

“Ser una herramienta útil para la sociedad exige tener una serie de cualidades que me ayudarán a desempeñarme como médico. Sé que es una profesión llena de sacrificio, pero lo que vale la pena no es fácil. Quiero que mi papel para con la sociedad esté lleno de entrega, y hacer lo mejor para salvar vidas.”²³

Desde esta perspectiva, las diferentes acciones que el estudiante desarrolla durante su proceso de formación, sean estas planeadas con el profesor o generadas de manera autónoma, a través de las asociaciones de estudiantes de medicina, no solo propician el desarrollo de competencias para devenir empleable, sino que son, además, mecanismos de inversión en ellos mismos.

Las competencias adquiridas le permitirán ir siendo un médico deseable en el mercado de servicios de salud.

“Para poder llegar a ser médico es necesario ser consciente de que esta profesión es de sacrificios. Debo dormir menos, leer más, prepararme de una forma integral, tanto en la parte académica como en la parte social, ética y moral. Debo razonar cada nuevo aprendizaje porque de eso depende mi habilidad en la práctica. Debo investigar, para así lograr entender nuevas cosas que tal vez no son muy comunes o para darle al mundo nuevos conocimientos. Debo ser cada día más responsable y más comprometido con mis quehaceres. Debo procurar ser mejor persona cada día para que mi relación médico-paciente sea acertada y efectiva. Debo ser tolerante y respetuosa con las diferentes formas de comportamientos, pensamientos y creencias de las demás personas. Debo intentar estar

²² Bitácoras, estudiantes de Medicina de la Universidad del Tolima

²³ Bitácoras, estudiantes de Medicina de la Universidad del Tolima

lo más actualizada en los temas referentes a mi profesión para así poder estar entre los mejores siempre.”²⁴

En términos del mercado, lo que resulta más importante es el hecho de que el trabajo es introyectado como elemento constitutivo de la racionalidad del sujeto: el estudiante, al acceder al servicio educativo, invierte para adquirir “aptitud de trabajar, idoneidad, el poder de hacer algo: todo esto no puede separarse de quien es idóneo y puede hacer ese algo (...) [lo cual le permite] producir flujos de ingresos” (Foucault, 2007, pág. 263) y competencias profesionales que adquiere al aprender desempeñándose en los campos de trabajo, en calidad de estudiante.

4.5. El plan de estudios: un campo de resistencias

En cuanto a la reorientación de los saberes, conocimientos, temáticas y metodologías que predominan en los planes de estudios, como fue descrito en el capítulo anterior, se hallan distribuidos en áreas de formación, inscritas en departamentos que las administran, y son desarrolladas por colectivos docentes.

Las áreas de formación fueron definidas y prescritas por el Estado dentro de los lineamientos, para la aceptación de los programas de educación médica e incluyen: “Ciencias exactas y naturales, ciencias básicas médicas, áreas clínicas, área social, comunitaria y humanística, investigación, epidemiología; análisis del ejercicio profesional y fundamentos éticos y legales que sustenten el desempeño profesional” (Ministerio de Educación Nacional, Decreto 0917 de 2001), las cuales fueron apropiadas de acuerdo con las particularidades y lineamientos definidos por las instituciones formadoras.

A ese respecto, Arias manifiesta:

La distribución por áreas retoma las prácticas de gobierno y de poder, modificadas luego de la Segunda Guerra Mundial. La estrategia de guerra se cambia por la de conocimiento de la población; de esta manera se da un desplazamiento, del ataque a la intervención, a través de prácticas de salud, de mercadeo, alimentarias y de educación, entre otras. De forma similar a las estrategias geopolíticas, la distribución por áreas del plan de estudios, posibilita, al conocer, intervenir aquello que se conoce. (Arias, 2011, pág. 41).

Los nuevos enunciados que predominan en el plan de estudios, tales como salud integral, salud colectiva, salud mental y sistemas orgánicos, independiente del área a la que se encuentren inscritos, resaltan la salud y dan cuenta de la pérdida de visibilidad de la enfermedad como objeto acerca del cual aprender, siendo reducida a la noción de casos aceptables de una enfermedad.

Una distribución de casos, en una población que quedará circunscrita en el tiempo y en el espacio (...). En el análisis de la distribución de los casos, se podrá señalar, con referencia a cada individuo o cada grupo individualizado, cuál es el riesgo para cada uno, sea de contagiarse (...), sea de morir (...), sea de curarse. Para cada individuo, según su edad, el lugar donde viva, y lo mismo para cada categoría de edad, cada ciudad, cada profesión, se va a [poder] determinar entonces el riesgo de morbilidad y el riesgo de mortalidad. (Rose, 2012, pág. 80-81).

Lo anterior genera una información geopolítica que se extiende de lo territorial a lo poblacional, y se refleja en la distribución del currículo en áreas, en términos del lugar, tiempo y número de créditos que se le han de asignar en el plan

de estudios a cada uno de estos ‘problemas’, lo cual suele estar influenciado por criterios de peligrosidad y riesgo, que varían según el contexto:

A partir de la segunda mitad del siglo XX se desarrollaron perfiles de riesgo a partir de la construcción de escalas e índices. En el campo de la salud estos fueron utilizados para identificar individuos comprendidos en grupos con niveles de riesgo significativamente mayores que el promedio, con el propósito de implementar intervenciones preventivas. (pág. 157).

Acorde con la relevancia que se otorgue en un contexto temporo-regional determinado a unas u otras circunstancias, estas pueden considerarse o no problemas relevantes para ser abordados en las diferentes prácticas discursivas y no discursivas de la educación médica; así, por ejemplo, en las zonas de riesgo para dengue, o dado un aumento en la tasa de mortalidad infantil, estas son problemáticas que se posicionan en el plan de estudios.

Los conceptos de riesgo y de peligrosidad se asocian en el plan de estudios con aspectos de la vida cotidiana, que si bien antes eran del interés de la comunidad, no hacían parte de lo por aprender, ni de lo por intervenir durante el proceso de formación médica, con lo cual esta, en adelante:

Tiene que ver con el gobierno de la vida íntima de las personas, con decisiones cotidianas como las referentes, por ejemplo, al cuidado del cuerpo (selección de la comida, ritmos de vida adecuados, rechazo de hábitos nocivos, como el cigarrillo. (...). Decisiones cotidianas que se convierten en estrategias económicas orientadas a la optimización de sí mismos como máquina productora de capital. (...), una biopolítica que tiene como objetivo el gobierno de la intimidad. (Castro-Gómez, 2013, pág. 208).

Desde esta perspectiva, los estudiantes de medicina deben disponerse, más que para definir conductas de manejo o para direccionar acciones en salud, para que en el marco de los encuentros médico-paciente (Ver Tabla No.12), en los que predominan los “principios éticos del consentimiento informado, la autonomía, la acción voluntaria, la elección y la no directividad” (Rose, 2012, pág. 162), asesoren a individuos y a grupos sociales acerca de cómo asumir diversas conductas frente a determinados riesgos.

De igual manera, se visibilizan cambios en los ‘hábitos’ de los estudiantes, cambios que se asumen como parte del proceso de formación. Un estudiante señala a este respecto:

“Cuando uno decide ser médico, los hábitos deben cambiar, ya que deja de ser común compartir tiempo con amigos y familiares, debido al poco tiempo que nos queda POR el estudio, ya que abarca la mayor parte de horas en el día. Aun así, es gratificante y amo que así sea.”²⁵

Los cambios están relacionados con la resignificación de conductas cotidianas, a partir de un reconocimiento de las mismas en el marco de lecturas realizadas en el proceso de formación, que incluyen hábitos:

“El lavarme regularmente las manos con agua y jabón es algo que antes no me parecía importante, pero gracias al conocimiento adquirido en la Universidad es ahora una práctica que realizo a menudo (...) Entre los temas tratados en mi formación como médico, está la importancia de realizar actividad física de una manera constante (...), ahora me preocupo por eso. Antes solo me interesaba la comida para satisfacer la necesidad del hambre, pero ahora trato de consumir comida saludable, como las frutas, y disminuir el pan y el exceso de azúcar y de sal.”²⁶

25 Bitácoras, estudiantes de Medicina de la Universidad del Tolima

26 Idem

En relación con los hábitos de aprendizaje:

“Debo estudiar mucho, así que evito las fiestas, y al ver televisión trato de ver programas científicos que me infundan algo prodigioso y que me ayuden en mi vida práctica y profesional. (...) Ahora soy más responsable con mis deberes y en mis actos”²⁷

En relación con los modos de expresarse:

“El tener un vocabulario mejor, pensando en que ya no soy cualquier persona, sino una que ejercerá la medicina, una persona que da ejemplo en la parte intelectual, moral, comportamental.

Los cambios de hábitos antes referenciados evidencian la fuerte influencia de los campos en que tienen lugar las prácticas formativas. Así, en las bitácoras la mayoría de los estudiantes no hacen uso de los nombres de las asignaturas ofrecidas en el plan de estudios, sino de los servicios en que estas se ponen en práctica. Se observa cómo los estudiantes de noveno semestre, en el que cursan la asignatura Salud Integral del Infante y del Adolescente, se refieren a esta como Pediatría; los estudiantes de octavo semestres, para hacer referencia a Salud Integral Reproductiva y Neonatal, hablan de Ginecología; los estudiantes de quinto y sexto semestres no se refieren a Salud Integral I y II sino, a Medicina Interna; los de séptimo semestre, en lugar de nombrar la asignatura Salud Integral III, la enuncian como Cirugía o alguna de sus subespecialidades, mientras el eje de Salud Mental es menciando como eje de Psiquiatría.

Tabla 12. Relación para el agenciamiento de consumidores

Elementos	Descripción
Paciente	<p>Individuo que mas que un sujeto pasivo receptor de las prescripciones médicas, se constituye en un consumidor activo de servicios médicos. Los pacientes adquieren el estatuto de clientes, que desean rectificar alguna función indeseable de su organismo, a partir de modificar su estilo de vida o tras procesar la información recibida del médico, y asumir el riesgo del tratamiento ofrecido.</p> <p>Para gestionar los riesgos sobre su propia salud debe ser parte integral del mercado de la salud, es decir, como consumidor de servicios, como actor político con capacidad de agencia sobre esos mismos mercados.</p> <p>Individuos sanos que son responsables de que la enfermedad no aparezca. Enfermos sin síntomas.</p>
Médico	<p>A partir del respeto por la autonomía del individuo, sustentado en la capacidad que tienen los individuos para autodeterminarse, deben informar a los clientes sobre las posibilidades y riesgos de una intervención somática o psicológica. Su labor no es curar enfermedades, sino ofrecer recursos que le permitan a él mismo encargarse de su propio tratamiento-transformación.</p> <p>En el momento en que la salud y la enfermedad se volvieron susceptibles de conocimiento positivo, explicación e intervención, los médicos adquirieron un rol de expertos en estilos de vida, en el marco de una ética, en virtud de la cual la maximización del estilo de vida, el potencial, la salud y la calidad de vida resultan obligatorias. A partir de ello, se juzga de manera negativa a quienes por cualquier motivo no son proactivos con el futuro.</p>
	<p>Desde esta lógica, los médicos comparten el poder con enfermeras, parteras, visitadoras sanitarias, psicoterapeutas, ortofonistas, terapeutas ocupacionales, especialistas en terapia artística, fisioterapeutas, nutricionistas, dietistas, profesores de gimnasia, especialistas en fitness, consejeros familiares, educacionales, en sexualidad genética, reproducción y con todos aquellos que asesoran sobre cómo llevar un estilo de vida saludable.</p>
Relación	<p>Entraña un conjunto dinámico de relaciones entre los efectos de quienes asesoran y los asesorados. Incluye un escenario en el que predominan discursos oficiales sobre la promoción de la salud, y relatos de la historia natural de la enfermedad y el sufrimiento; ligados a esta, discursos sobre nutrición y ejercicio físico, que enfatizan la reconstrucción personal mediante la acción del individuo de sí sobre sí, en procura de un bienestar corporal y psicológico, que incluye tratamientos de diversa índole.</p>

Lo anterior da lugar a estilos de comunicación que imponen el régimen de verdad introyectado durante el proceso de formación:

Desdibujan el límite entre coerción y consentimiento (...) por medio de técnicas discursivas que enseñan nuevos modos de traducirse y traducir las propias acciones en pensamiento y lenguaje, nuevos modos de volverse y volver las propias acciones susceptibles de juicio. (pág. 163).

El plan de estudios corresponde a un campo por excelencia de resistencia frente a las demandas de cambios de la educación médica antes analizados, lo cual da lugar a que se conserven metodologías y contenidos en los que predomina el modelo biomédico, clínico y patológico, bajo el nombre de los nuevos enunciados propuestos, lo cual se hace visible en el efecto de las reformas curriculares.

La revisión longitudinal de dichas reformas en los documentos de algunos de los programas de medicina revisados, muestra tendencias, ya sea a la desagregación de temas que hicieron parte de macro-asignaturas, o a la fragmentación en nuevas asignaturas que conservan la misma línea biomédica, controvertida por las nuevas racionalidades.

En la Universidad de Caldas, las asignaturas del “Área o nivel de formación disciplinar: Biofísica, Biología, Bioquímica, Farmacología, Fisiología, Genética, Microbiología y Morfología” (Universidad de Caldas, 2006, p. 17), que conformaban el plan de estudios 290, fueron modificadas en la reforma curricular que dio lugar al plan 355. Dicho cambio es descrito así: Biología se denomina actualmente Biología Celular y Molecular; Biofísica da la posibilidad de elección entre Biofísica y Física Médica(...); Bioquímica se dividió en dos asignaturas: Bioquímica General

y Bioquímica Aplicada -esta última se encuentra ubicada en el nivel de formación profesional- (...); Fisiología se dividió en siete asignaturas (por sistemas) (...); Microbiología se dividió en cinco asignaturas: Bacteriología, Parasitología, Virología, Micología e Inmunología (...); Farmacología se dividió en tres asignaturas: Farmacología General, Farmacología Aplicada y Toxicología Básica (...); Genética se denomina actualmente Genética Médica. (...)" (Universidad de Caldas, 2006, p. 20). Surge una nueva modificación, que da lugar al plan de estudios vigente, plan 408, en el cual el área disciplinar se denomina Componente de Formación: Fundamentación en Ciencias, que se describe como "fundamento de las ciencias, las artes o la filosofía y soporte epistemológico de los saberes científicos, humanísticos y artísticos". (pág. 8). Dicho componente se encuentra constituido por grupos de asignaturas, distribuidas en cuatro grandes áreas temáticas, a saber: Ciencias Biológicas, Farmacología y Toxicología, Morfología y Fisiología, y Patología y Microbiología.

Una breve descripción del área temática Ciencias Biológicas permite identificar la orientación de las asignaturas: Bioquímica Aplicada, Genética Molecular y Clínica, Biología Celular y Molecular, Bioquímica General, e Histología (Universidad de Caldas, 2013, pág. 9), en las cuales resulta evidente el enfoque biomédico con un fuerte componente de las ciencias básicas y básicas médicas.

En otros programas de medicina se observa un proceso inverso, en el que a una misma asignatura confluyen contenidos de asignaturas que se encontraban separadas en el plan de estudios anterior. Es el caso de la Universidad del Tolima:

Fundamentos de Ciencias Básicas Médicas, Nivel I (del plan de estudios vigente) desarrolla los temas correspondientes a

(...) las asignaturas Biología Celular y Bioquímica, (del plan de estudios anterior) (...), Fundamentos de Infectología (vigente) desarrolla temas de Microbiología y Parasitología (plan de estudios anterior). (Hernández, Bohórquez, Montealegre, Rodríguez & Díaz, 2003, pág. 19)

También se da la redistribución de los núcleos temáticos que, articulados, configuran una asignatura, como se aprecia en la misma Universidad:

Proyecto pedagógico Sistemas Orgánicos I: actual: Osteomuscular, Digestivo, Piel; propuesto: Neurológico, Osteomuscular, Piel. Proyecto pedagógico Sistemas Orgánicos II: actual: Cardiovascular, Respiratorio, Neurológico, Hematológico; propuesto: Cardiovascular, Respiratorio, Renal, Inmuno-hematológico. Proyecto pedagógico Sistemas Orgánicos III: actual: Inmunología, Endocrino, Genital Femenino, Genital Masculino, Renal; propuesto: Gastrointestinal, Endocrino, Genital Femenino, Genital Masculino. (Hernández, Bohórquez, Montealegre, Rodríguez & Díaz, 2003, p. 20),

En otros programas se da el caso de la implementación de nuevas asignaturas que recogen temas de otras ya existentes:

Fundamentos de Sistemas Orgánicos (...) a partir de ello el estudiante podrá más adelante comprender la estructura, desarrollo, función y patologías que comprometen cada uno de los sistemas orgánicos. (pág. 27).

Tales modificaciones son sustentadas en los lineamientos del proceso de renovación curricular, en procura de ofrecer enseñanza flexible, centrada en el estudiante y para reducir la repitencia.

Por esto resulta indispensable que los estudiantes adquieran los conocimientos básicos, de tal forma que, una vez aprobada

la asignatura, puedan acceder a cualquiera de los Sistemas Orgánicos I, II, III que ellos elijan, con lo que se rompería el círculo vicioso de fracaso académico permanente al que están expuestos los estudiantes²⁸ (pág. 26) (...), y para propiciar el desarrollo de “un enfoque metodológico basado en problemas, que se corresponda con los lineamientos curriculares y con los propósitos de formación planteados en el marco general del programa de Medicina. (pág. 19).

También resulta visible cómo en la fundamentación para la atención individual y comunitaria, en algunos programas, la coexistencia de asignaciones temática para ambos tipos de atención otorga mayor distribución de temas a la atención individual que a la atención comunitaria. Es el caso de la Universidad Nacional de Colombia:

Componente disciplinar o profesional. Tiene las siguientes agrupaciones: Clínicas I, Clínicas II, Salud Pública y Ciencias Sociales, Enlace Básico Clínico II, Profundización y Diversificación del Perfil Profesional, Internado y Trabajo de Grado. A modo de ilustración, se visibiliza la desagregación en asignaturas de dos agrupaciones: Clínicas II: Cirugía I, Rehabilitación, Ginecología y Obstetricia, y Pediatría, ubicadas en los semestres VII, VIII, IX y X.

La agrupación: Salud Pública y Ciencias Sociales corresponde a la asignatura: Epidemiología, ubicada en V semestre. (Universidad Nacional de Colombia, 2014, pág. 32).

28 El análisis de mortalidad académica mostró “un número de alrededor de 60 estudiantes que han repetido en más de una ocasión la asignatura sistemas orgánicos I [prerrequisito de los sistemas orgánicos II y III], la cual aparece dentro de los tres primeros lugares durante 6 cohortes”

Situación similar se observa en programas de Medicina que ofrecen de manera separada la atención individual y la comunitaria, en las que se evidencia la preponderancia de temáticas referidas a la atención individual, clínica, biomédica. Así se evidencia en las Universidades del Cauca y de Los Andes:

Componente de formación clínica: se adelanta en cuatro bloques: Medicina Interna (VII y VIII semestres); Microbiología y Parasitología Básica Clínica (III semestre); Psicopatología, Psiquiatría, Cirugía General y de Especialidades, Patología Especial, Pediatría, Ginecología y Obstetricia; e Internado.” (Universidad del Cauca, 2009, pág. 68).

Área Hospitalario Clínico: Séptimo semestre: Medicina Interna, Pediatría y Turnos Clínicos I; octavo semestre: Anestesiología, Cirugía, Oftalmología y Otorrinolaringología, Ortopedia, y Turnos Clínicos II; noveno semestre: Ginecología y Obstetricia, Medicina Legal y Ciencia Forense, Reanimación Básica y Avanzada, Urología y Oncología, y Turnos Clínicos III; décimo semestre: Turnos Clínicos IV, Medicina Física y Rehabilitación, Neurología, Psiquiatría, y Urgencias. En undécimo y duodécimo semestres se realiza el internado. (Universidad de los Andes, 2014).

La fundamentación para la atención comunitaria o de colectivos se ofrece en algunos programas en el componente de libre elección, en el cual no se observa la clara diferenciación de las fundamentaciones básicas y de atención individual. En algunos programas confluyen con temáticas que aportan a la fundamentación para la atención individual, aunque esta se encuentra adscrita a un área específica. Así se aprecia en la Universidad Nacional de Colombia:

Área Atención Primaria y Salud Pública: Las asignaturas adscritas al área: Medicina Social, Semiología I y Atención

Primaria a la Comunidad I, Semiología II y Atención Primaria a la Comunidad II.

En la Universidad de Los Andes, las asignaturas Semiología I y Atención Primaria a la Comunidad I corresponden a actividades propias de la atención individual a pacientes:

El primer contacto del estudiante con el paciente en un ambiente clínico tiene por objetivo fundamental aprender a realizar una historia clínica completa, poniendo en práctica las habilidades de comunicación aprendidas en los semestres anteriores. (...) El curso hace énfasis en la realización de la historia clínica general, examen de cabeza y cuello, examen del sistema cardiovascular y vascular periférico y examen del sistema respiratorio. (Universidad de los Andes, 2014).

Igual situación se observa en la fundamentación ética y política: la revisión del contenido de las asignaturas adscritas u orientadas a esta fundamentación en algunos programas, muestran temáticas del enfoque básico clínico. Ejemplo de ello, la Universidad de Caldas:

Componente de Formación General: la orientación referida a “formación política, ética, estética, filosófica, ambiental, entre otras”, corresponde en la descripción del plan de estudios del programa de medicina a las asignaturas: “Primeros Auxilios y Reanimación Básica, Búsqueda Bibliográfica en la Web, y Constitución Política de Colombia. (Universidad de Caldas, 2013, pág. 9).

También se enuncia dentro del desarrollo de asignaturas adscritas en áreas que contribuyen a la fundamentación para la atención médica individual y comunitaria; sin embargo, una revisión en los temas propuestos al interior de las mismas,

muestra que hacen referencia a temas de las ciencias básica y clínicas. Es lo que se evidencia en la Universidad Tecnológica de Pereira:

Social-Humanístico-Ético: corresponde a las asignaturas: “Reanimación Básica y Primeros Auxilios, Semiología General, Medicina del Adulto I-II, Farmacología y Toxicología, Programas de Salud I-IV, Psicopatología y Clínica Psiquiátrica, Clínica Quirúrgica, Subespecialidades Quirúrgicas, Materno Infantil I, Materno Infantil II, Reanimación Cardiopulmonar y Traumatología, Asignaturas de Internado

La reseña de una de las asignaturas del programa de Medicina de la misma Universidad ilustra el énfasis en el desarrollo de los temas:

Medicina del Adulto II Cardiopatías congénitas del adulto, pericarditis, imagenología, tuberculosis; métodos diagnósticos, enfermedad pulmonar intersticial, síndrome poli-metabólico, derrame pleural; cáncer pulmonar; radiología de tórax, dermatosis frecuentes, infecciones en piel, enfermedad de la tiroides, enfermedad valvular, farmacocinética; farmacodinamia en geriatría, deterioro cognitivo y demencias; grandes síndromes geriátricos, cardiopatías congénitas del adulto, pericarditis, movimientos anormales, epilepsia, úlceras de miembros inferiores, osteoartritis y osteoporosis. (Universidad Tecnológica de Pereira, 2013, pág.30).

Los frecuentes cambios que instancias nacionales e internacionales exigen a la educación médica, se acompañan de algunos espacios de libertad, tanto para las instituciones formadoras como para los sujetos que en ellas se constituyen, toda vez que la rendición de cuentas permite permear, de abajo

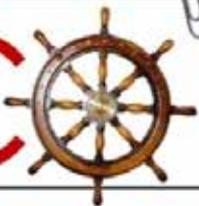
hacia arriba, ciertos grados de independencia y adecuación con y en lo local. “Lo que se halla en juego aquí es permitir el movimiento, hacer que las personas y las cosas se muevan, dejar fluir las circulaciones, en lugar de prohibirlas o disciplinarlas.” (Castro-Gómez, 2013, pág. 77).

Así, la resistencia frente a la nueva racionalidad propuesta se observa en las modalidades enunciativas propias del modelo biomédico, clínico, patológico, especializado, lo cual resulta particularmente visible en los rediseños y en las reformas curriculares.

BI TÁ C RA



Proyecto de Tesis:
PRÁCTICAS GUBERNAMENTALES
EN LA EDUCACIÓN MÉDICA
ENTRE 1992-2014 EN COLOMBIA



Libro del Alumno

Diseño: Ana Beatriz Díaz Díaz -Publicista



Fuente: Los autores

Capítulo 5

SUJETOS Y SUBJETIVIDADES EN CONSTITUCIÓN

En aras del rigor epistemológico es importante resaltar que, “el sujeto es una variable, o más bien, un conjunto de variables del enunciado. Es una función primitiva derivada del lenguaje o del propio enunciado.” (Díaz, 1993).

Desde esta perspectiva, las posiciones de sujeto que se evidencian, “no son las figuras de un Yo primordial del que derivaría el enunciado; al contrario, derivan del enunciado y, por esa razón, son los modos de una ‘no-persona’, de un ‘él’ o de un ‘se’, ‘él habla’, ‘se habla’, que se especifica según la familia de enunciados.” (Deleuze, Foucault, 1987, pág. 33). El sujeto deriva de lo que y para lo que se le enuncia, es decir, corresponde a un “grupúsculo (...), acción de teoría, acción de práctica en relaciones de conexión o de redes.” (Foucault, *Microfísica del Poder*, 1979, pág. 78).

El sujeto ha sido determinado por la época y tan sólo es atravesado por el pensamiento que da cuenta de las condiciones históricas y opera sobre un plano social, dando lugar a unos modos generales de actuar. Por ello, abordar el funcionamiento de los discursos vigentes es una interesante acción de la investigación social, reveladora de mecanismos de sujeción que posiblemente permanecían ocultos en los discursos y en las prácticas cotidianas, y hacía falta evidenciarlos. (Martínez Posada, *La interacción entre biopolítica, educación y subjetividad: La universidad como productora de productores desde una lectura foucaultiana*, 2015).

En tal sentido, las posiciones de sujeto que emergen en la época propuesta para el presente estudio corresponden

a piezas que articulan el sujeto médico. Dichas piezas son producto de determinadas prácticas de constitución de sujetos y de subjetividades, particulares de la educación médica, que direccionan la conducta de los estudiantes de medicina, al hallarse estos circunscritos en ejercicios de poder que no es opresión, sino que se producen con la voluntad de quienes eligen y participan en el proceso; que tienen en la educación superior un abanico de opciones para la acción, en el cual diversos modos de hacerse, ser y conducirse a futuro son posibles.

Este análisis tiene lugar en el marco de la gubernamentalidad, lo que posibilita la lectura de los modos en que los estudiantes de medicina son gobernados, a partir del reconocimiento de sus potencialidades, las cuales, durante el proceso de educación terminan por dar lugar al desarrollo de competencias, orientadas al desempeño de determinadas prácticas inscritas en mecanismos de poder que se sitúan en contextos más amplios que los de la salud o la educación. Como plantean Dreyfus y Rabinow (2001), el poder “consiste en guiar las posibilidades de conducta, y disponerlas con el propósito de obtener posibles resultados.” (pág. 253).

En este sentido, como fue referido en el apartado relacionado de los aspectos metodológicos, se optó por las bitácoras, como estrategia para abordar las narraciones de estudiantes del programa de pregrado de medicina de la Universidad del Tolima, en su condición de ir haciéndose médicos desde sí mismos y por otros.

Michel Foucault plantea que son las prácticas discursivas y no discursivas las que constituyen al sujeto como tal; que no es el sujeto el fundador de las prácticas o el autor de los discursos. Desde este enfoque, los objetivos previstos por parte del Estado para el desempeño profesional y la forma como el estudiante es educado para ello, permiten visibilizar la forma como el médico se relaciona con el paciente, a modo de efecto de sujeción que

emerge. Ello implica indagar acerca de lo que se dice y de lo que se hace, acerca de la relación entre el médico y el paciente, toda vez que, como anota Castro-Gómez, “los modos de subjetivación y de objetivación no son independientes los unos de los otros, su desarrollo es mutuo.” (Castro-Gómez, 2013).

Como ya se indicó, las estrategias del proceso de formación, así como las temáticas propuestas por los planes de estudio, procuran la autonomía del estudiante para desarrollar un espectro de competencias:

...acciones [que se deben] emprender parecen desprenderse de manera automática de juicios emanados de ‘cajas negras’ y contenidas en dispositivos de cálculo ‘objetivos’, cuyos autores no están disponibles para el debate ni el cuestionamiento, [tomados de] los registros y bases de datos empleados en la gestión del riesgo, los cuales ofrecen la posibilidad de ampliar y refinar las estrategias de control basadas en la vigilancia. (Rose, 2012, pág. 165).

Dichas competencias se especifican en prácticas discursivas que difieren según los contextos de aplicación, orientadas a constituir un sujeto polivalente, capacitado para desempeñar diferentes actividades en múltiples ámbitos.

Las reformas de los años noventa dirigen la educación médica hacia “la transmisión de una verdad que tiene por función dotar a un sujeto cualquiera de actitudes, de capacidades, de saberes que antes no poseía, y que deberá poseer al final de la relación pedagógica” (Foucault, 2008, pág.101), saberes orientados al logro de ciertas competencias que producirán una determinada subjetividad. En consecuencia, la educación médica corresponde a un campo de experiencias cognitivas, emocionales y volitivas, en las que se contrastan las expectativas sociales e individuales con las verdades epocales definidas desde instancias internacionales y locales, las cuales son planteadas

en los planes de estudio y direccionan la conducta de quienes optan por ser médicos, como puede apreciarse en lo dicho por algunos estudiantes:

“La mayoría de las personas tiene como concepto del médico a una persona que viste bata blanca, trabaja en un hospital o clínica y formula medicamentos, pero uno, como estudiante, ve más allá y es cuando se da cuenta de que el deber del médico es relacionarse con la comunidad, ayudar y brindar apoyo, escuchar y recomendar. Adicional a esto, el médico tiene como deber ayudar a la curación de una enfermedad o, en caso de que sea incurable, brindar condiciones que ayuden a una mejor calidad de vida. Además, el médico siempre debe velar por el bienestar con la buena práctica de sus funciones y ejecutando a cabalidad sus conocimientos.”²⁹

Las racionalidades de gobierno se ejercen por medio de tecnologías, que no son otra cosa que los procedimientos a través de los cuales se procura normalizar, guiar, modelar, instrumentalizar los deseos, los pensamientos y las acciones de los sujetos, a través de programas, procesos, reglamentos, guías de manejo y protocolos de atención, estructurados por un objetivo, orientados al logro de fines deseables. Dichos procedimientos, al ser parte del corpus disciplinar, de lo curricular, de lo transmitido en el transcurso de la educación médica son introyectados por el estudiante como una impronta que ha de seguir sin siquiera criticar, toda vez que garantizan su inclusión. “Pueden integrarse los individuos con una condición: que su individualidad adquiera una nueva forma y se vea sometida a un conjunto de mecanismos específicos.” (Foucault, 1998, pág. 9).

Una estudiante señala:

“Mi misión a lo largo del devenir médico es aprenderme bien los protocolos de manejo y las guías del hospital donde esté, porque así voy a ser una profesional competente para cada paciente.”³⁰

El sujeto integral que se propone formar corresponde a un ‘emplazamiento análogo’, definido a través de atributos visibles, dispersos en la perspectiva del desempeño profesional, un régimen de deseabilidad global, en el cual el sujeto es referido como:

Un médico rediseñado para el siglo XXI con una red global en funcionamiento para promover, implementar y desarrollar las veintidós recomendaciones específicas, y para asegurar su inevitable reinterpretación con los cambios futuros. Los médicos en el futuro tendrán que preocuparse cada vez más por cuestiones no directamente relacionadas con la salud. (Federación Mundial para la Educación Médica, 1993).

La anterior consideración es adaptada por las diferentes instituciones educativas, mediante elementos que configuran el concepto de integralidad, y que pueden desglosarse en aspectos que apuntan a las características del individuo. En este sentido, señala la Fundación Universitaria Sánitas:

Lo integral se refiere al desarrollo de la persona, de cada uno de los aspectos que tiene esa persona para el desarrollo armónico de todas las características que le son propias en lo que tiene que ver con lo físico, lo intelectual, lo cultural y lo ético, con el fin de promover su crecimiento respecto de sí mismo y de las otras personas, de su dignidad y de la divinidad de los demás. (Fundación Universitaria Sánitas, 2007, pág. 8)

Respecto del desempeño de la atención integral individual-disciplinar, plantea la Universidad del Quindío:

...que el médico pueda interactuar simultáneamente con el cuerpo, el paciente y sus contextos, según lo requiera cada situación. Esto implica cambiar concepciones reduccionistas de enfermedad y salud. (...) expresiones de las interacciones entre lo biológico, lo psicológico, lo social, lo cultural, lo económico, lo ocupacional, el entorno, los servicios institucionales, etc. Esta forma permite que el médico adquiera nuevas capacidades de interactuar con distintas dimensiones, superando las limitaciones de una medicina reparadora, reduciendo la iatrogenia, incrementando el grado de satisfacción con la práctica y los servicios, y ampliando la variedad de roles profesionales (Universidad del Quindío Facultad de Ciencias de la Salud, 2002, pág. 12-16).

El programa de Medicina de la Universidad del Tolima hace referencia a la solución de problemas del ámbito regional:

...Esto es con visión y capacidad de contribuir a la solución de los problemas más importantes de la región en materia de atención, prevención de la enfermedad y promoción de la salud, integrando nuevos roles y oportunidades de desempeño laboral que se suman a los tradicionalmente definidos para el médico, de su actividad profesional capaz de acercarse a lo individual y de integrarse con lo comunitario, con una lectura de la realidad que exige ir más allá de lo explorable e intervenible en el consultorio o en la entidad de salud. (Universidad del Tolima, 2013, pág. 16).

Respecto de lo intersectorial, transdisciplinar, nacional e internacional, manifiesta la Universidad Nacional de Colombia:

...[médicos] capaces de formular propuestas y liderar procesos académicos, que contribuyan a la construcción de una nación democrática e incluyente en la que el conocimiento sea pilar fundamental de la convivencia y la equidad social, (...) con dominio de pensamiento sistémico que se expresa en lenguajes universales, con una alta capacidad conceptual y experimental (...), estarán preparados para trabajar en equipos disciplinarios e interdisciplinarios integrados en una vasta red de comunicación local e internacional, y emplearán de manera transversal las herramientas y conocimientos adquiridos en un área del saber, adecuándolos y aplicándolos legítimamente en otras áreas. (Universidad Nacional de Colombia, 2014, pág. 20).

El sujeto integral que se procura formar se correlaciona con las diversas posiciones referidas por los estudiantes de medicina de la universidad del Tolima en las bitácoras, que la asocian con las siguientes funciones-posiciones de sujetos:

Sujeto que educa³¹ a través de sesiones de información y orientación sobre temas para promoción de la salud, prevención de la enfermedad, detección temprana y cuidados para evitar mayor deterioro en su salud o complicaciones, y adaptación a cambios asociados a la enfermedad y su ciclo vital:

El médico debe ser, sin lugar a dudas, un educador, puesto que de esta forma abarca esas ansias de cuestionar y conocer, ejerciendo al mismo tiempo una profesión de gran importancia, sin la cual muchas veces sería imposible acercarse siquiera al concepto de salud, fin último de la medicina.³²

Sujeto que previene riesgos en salud:

31 Difunde el conocimiento de manera sencilla, ofrece educación para la salud a nivel individual, familiar y comunitario, implementando programas de educación formal y no formal en el área de la salud.

32 Bitácoras, estudiantes de Medicina, Universidad del Tolima

... [trabaja en la] prevención de las enfermedades más prevalentes en su área de influencia, participa en los programas de vacunación, aplica medidas sanitarias para el consumo de agua potable y el buen uso de la misma, orienta sobre la correcta disposición de las excretas y basuras, y desarrolla campañas de prevención del uso de sustancias psicoactivas. (Universidad del Tolima).

Sujeto que promueve la salud:

Desarrolla programas educativos y de acción participativa hacia y con las comunidades, orientadas el mantenimiento de la salud (...). Estimula hábitos de vida saludable mediante la nutrición, (...) el deporte y la vida en armonía con la naturaleza. (Universidad del Tolima).

“El médico no solamente es aquel que da un diagnóstico, sino también el que educa, enseña, incentiva y promueve la salud.”³³

Sujeto que atiende a los pacientes en horarios y días que exceden el tiempo de trabajo convencional, en lugares definidos, y se desempeña en labores asistenciales específicas, tales como, consulta, procedimientos, transporte especial de pacientes, reanimación, ayudantías en las áreas quirúrgicas, controles de programas especiales (pacientes embarazadas, hipertensos, crecimiento y desarrollo, planificación familiar, detección del cáncer, entre otros), remite pacientes a especialistas, hace interconsultas, ordena servicios, hace reconocimientos médico-legales, control de evolución de pacientes en servicios de consulta externa, ambulatorios, extramurales, hospitalarios, de urgencias y comunitarios:

... [debo] estar en la capacidad de reconocer una patología, de evaluar al paciente de manera integral y de recomendar todos los estudios necesarios para que no sea por un error mío que una

*persona pierda su vida. La muerte hace parte del ciclo de cualquier ser humano, pero la idea es que no vaya a ocurrir por algo que se pueda evitar*³⁴

La asistencia a pacientes involucra diversas funciones:

Función de diagnóstico: Explora e identifica los síntomas, signos y síndromes que conducen a la búsqueda de las causas de las enfermedades. Interpreta e indica los diferentes exámenes paraclínicos, utiliza racionalmente los medios de diagnóstico, según nivel de atención en el que se encuentre. Además, se apoya en sus conocimientos científicos, en la experiencia y en la medicina basada en la evidencia.

Función de tratamiento: Tiene en cuenta los puntos de vista y creencias de sus pacientes cuando sugiere opciones de tratamiento, conoce la efectividad y seguridad de los medicamentos como base para la prescripción. Provee cuidado quirúrgico y postoperatorio, reconoce y maneja las enfermedades agudas, provee cuidado a las personas con enfermedades crónicas y degenerativas, así como con enfermedades mentales y discapacidad. Recomienda tratamientos de rehabilitación apropiados, da cuidado paliativo, incluyendo enfermos en estado terminal, procurando disminuir el dolor y el estrés, para lo cual se apoya en guías de atención y protocolos de manejo

*“El entrar a clínicas supone un enorme paso para mí. Ya no se trata tanto de adquirir nuevos conceptos o conocimientos, sino también de aplicarlos, aprender a hacer exámenes, cirugías, intubar, poner sondas; y claro, también he aprendido a explorar una parte totalmente nueva, el lado humano, el interpretar al otro y, con base en el análisis que realice, encontrar la mejor manera de hablar con el paciente y buscar la mejor forma para educarlo sobre su salud.”*³⁵

34 Bitácoras, estudiantes de Medicina de la Universidad del Tolima

35 Bitácoras, |estudiantes de Medicina de la Universidad del Tolima

Función de rehabilitación: Indica al individuo, a la familia y a la comunidad las acciones tendientes a la rehabilitación de los sujetos comprometidos; orienta a las personas convalcientes sobre la manera correcta de llevar a cabo su recuperación y reinserción en la vida laboral y en la comunidad, para lo cual utiliza, hasta donde le sea posible, los adelantos en la tecnología de punta.

Sujeto que investiga: Capaz de consultar la realidad para interpretar y proponer soluciones a los problemas de salud del país. Utiliza los conocimientos técnicos y metodológicos, con el fin de diseñar, planificar y ejecutar los proyectos de investigación que les aporten información de la situación de salud a las comunidades en donde se desempeña. Participa en grupos de investigación multidisciplinarios, en los que desarrolle trabajos con énfasis en la atención primaria de los individuos, las familias y las comunidades.

“Debo investigar para así poder lograr entender nuevas cosas que tal vez no son muy comunes o para poder darle al mundo nuevos conocimientos (...), para poder ayudar no solo como un médico general. Lo más importante es el trabajo que estamos realizando con el semillero de investigación, que nos ha permitido llegar al área de trabajo con pacientes con cáncer.”³⁶

Sujeto que administra: Coordina, concierta y ejecuta las acciones y recursos necesarios para el bienestar y desarrollo de las comunidades en donde ejerza su labor. Administra con eficiencia los recursos materiales y humanos que garanticen la calidad de atención de las personas en los diferentes servicios de salud. Gestiona el riesgo en salud y desarrolla planes de los organismos de control en áreas de la salud en los ámbitos local y regional. Gerencia instituciones de salud.

Además de lo anterior, el estudiante de medicina interconecta la universidad con el medio laboral, proyectando la universidad hacia la comunidad y viceversa.

De igual manera, aprende permanentemente o autogestiona su saber, para lo cual se propicia la ‘formación autónoma’, lo que garantiza “el gobierno de sí mismo, conforme a criterios económicos” (Castro, 2013, pág. 225), habilidad que le será útil para articularse a los programas de educación continuada, “en la perspectiva de una educación a lo largo de la vida.” (UNESCO, 1998).

“Para mí, es importante hacer un trabajo integral, fundamentado en el conocimiento científico; pero cualquier procedimiento tiene que ir de la mano de la ética, teniendo en cuenta que se trabaja es con seres humanos. Se debe respetar la vida humana, y hacer del cuidado del paciente la primera preocupación. Para eso debo prepararme cada día, de una forma integral tanto en la parte académica, como en la parte social, ética y moral.”³⁷

Lo anterior denota un concepto de integralidad, desde el cual se procura constituir un sujeto que se relaciona con el contexto socio-político, económico y cultural, espacio de co-localización de sujetos y objetos para los que se forman los médicos en la actualidad, lo cual se traduce de forma preponderante en las funciones que habrán de desempeñar actuando en equipos interdisciplinarios y en la dispersión que les es demandada para un devenir empleable. Estas consideraciones implican una formación médica integral, dirigida a constituir un tipo de trabajador polivalente e integrado o articulado no solo al contexto, sino a las tareas de los demás profesionales del sector.

De acuerdo con lo anterior, se procura constituir un sujeto:

Estudioso, con capacidad para continuar su aprendizaje y adaptarse a los cambios que se produzcan en los ámbitos

científico, técnico, administrativo y social, y para participar en el desarrollo científico-tecnológico; capaz de adaptarse a los diferentes avances en materia de telecomunicaciones y dispositivos, para el adecuado manejo de la información veraz, confiable y basada en la evidencia científica y epidemiológica sólida. Identifica los problemas de salud de las comunidades, y propone alternativas de solución políticas, científicas y humanas, viables para el progreso y bienestar de la población, dentro del marco de los derechos humanos y de los derechos del paciente. Respetuoso de la vida, de la dignidad humana, del conocimiento y del papel de los colegas y demás miembros del equipo de salud; busca fundamentalmente el bienestar de la persona sana o enferma, de la familia y la comunidad. Sabio en el discernimiento que requiere el ejercicio científico, humano y social. Autónomo y responsable moral y legalmente en la toma de decisiones. Comprometido con su vocación de servicio. Solidario frente a los problemas sociales y de salud del individuo, de la familia y de la comunidad. Crítico frente a los procesos socio-económicos, administrativos, ecológicos y políticos que inciden en la salud y su ejercicio profesional³⁸

*“Creo que en nuestra educación somos bombardeados desde todo lugar, generándose influencias hacia cualquier extremo. Desde el más frío, inhumano y “obsoleto”, hasta la explicación y abordaje de los valores éticos que señalan o marcan una manera muy específica en la forma, como el socialismo. La incidencia es muy marcada, pero pretende que los estudiantes sean capaces de asociar cada uno de los conceptos.”*³⁹

38 Proyectos Educativos Programas de Medicina (Universidad de Caldas, 2013) pág. 5, (Universidad Tecnológica de Pereira, 2013) pág. 15-16, (Universidad Nacional de Colombia, 2014) pág. 17, (Universidad del Quindío Facultad de Ciencias de la Salud, 2002) pág. 36, (Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales Facultad de Medicina, 2010) pág. 35 – 37, (Universidad del Tolima, Programa de Medicina, 2013) pág. 22 ” (Universidad del Cauca Facultad de Ciencias de la Salud Programa de Medicina, 2009) pág. 56(Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud Programa de Medicina, 2009) pág. 22- 23.

39 Bitácoras, estudiantes de Medicina de la Universidad del Tolima

A quien se forma para ocupar diferentes posiciones, en tanto sujeto médico integral (Ver Tabla No. 13).

...en todas las épocas y en todas las formas de civilización (...), una serie de operaciones específicas y complejas no remiten pura y simplemente a un individuo real, puede dar lugar a varios egos de manera simultánea, a varias posiciones-sujetos, que pueden ocupar diferentes clases de individuos. (Foucault, ¿Qué es un autor?, 1998).

Tabla 13. Posiciones de sujeto que se visibilizan

Médico integral: Sujeto multifuncional, integrado al contexto y a los equipos de trabajo	Educa a la comunidad
	Promueve la salud a nivel individual y comunitario
	Previene riesgos en salud
	Diagnóstica, trata, rehabilita y asiste a los pacientes
	Investiga
	Administra
	Proyecta la universidad al medio laboral
	Aprende permanentemente

Fuente: Proyectos Educativos Programas de Medicina

Las bitácoras refieren un alto grado de asociación entre la relación médico-paciente, como estrategia y fundamentación que garantiza una adecuada función asistencial; sin embargo, deja en evidencia un claro distanciamiento entre las prácticas de la educación médica y los contextos en los que han de ejercer, toda vez que los estudiantes identifican la relación médico-paciente en el contexto de la atención clínica e individual. (Ver Tabla No. 14).

Tabla 14. Relación narrada en bitácoras de estudiantes de medicina

Conducta del estudiante	Objetivo	Condicionantes para aprender
<ul style="list-style-type: none"> • Dedicación • Acercamiento entre el médico y paciente. Esto permite que no solo veamos al paciente como una persona para tratar una enfermedad, sino que podamos (...) entender al paciente y ponernos en los zapatos de él y buscar ayudarlo; básicamente (...) poder transmitir lo que es un bienestar para los demás. • El médico evalúa todo el entorno del paciente. • Estoy cursando V; he experimentado la humanidad, el respeto de opinión y acción del paciente, desarrollar las cualidades de un servicio de atención amena; • ser sensible en cuanto al dolor del paciente, prestarle atención a su expresión y conducta brindándonos información en el desarrollo de su enfermedad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tener una buena información del paciente para su posterior diagnóstico. • Realizar un diagnóstico del paciente. • Permitir mejor desarrollo del diagnóstico, así como de la confianza del paciente para el tratamiento. • Entre más se conozca del paciente, el médico puede ser más certero en un diagnóstico y tratamiento (...), una mejor relación entre estos dos actores, una mayor y mejor comprensión favorecen al paciente. • Ahora desde lo académico y al desarrollo de mi carrera, identifiqué la importancia que conlleva la relación médico-paciente en el diagnóstico, tratamiento y resolución de los problemas que llevan a las personas a consultar al médico. • Si hay una buena relación entre el médico y el paciente todo puede terminar mejor, respecto del manejo y tratamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tiempo adecuado en la consulta • Realización de laboratorios de simulaciones, de procedimientos parecidos a los que los pacientes tienen que vivir, para poder sentir y estar en el puesto del paciente. • Materias que impliquen la interacción con la comunidad en el pensum de medicina. • Pues la academia me permite formarme como persona, gracias a las enseñanzas y al aprendizaje integral entre el profesor, y el educando; sin embargo, a pesar de ser un factor muy importante en el desarrollo de un médico potenciar la ética, • la moral, y los valores, estos son temas rechazados por alumnos y profesores, que puedan ayudar a formar no solo a una persona, sino también a un profesional que pueda ver al ser humano de otra manera. • Controlar la incidencia de factores externos que pueden afectar y modificar la relación médico-paciente. • La importancia de la confianza adquirida con el doctor es muy importante para llegar al fondo del problema y poder tratar al paciente de manera integral.

Fuente: elaborado por los autores, de las bitácoras elaboradas por estudiantes de medicina de la Universidad del Tolima, durante los semestres B-2013 y A- 2014.

Se observa como la gubernamentalidad se orienta a la autorregulación del sujeto, de tal forma que cada estudiante se gobierne a sí mismo, asuma el control de su formación y las consecuencias derivadas de sus decisiones. Toma así el control de su vida y, a partir de allí, se articula no solo con los servicios que adquiere, sino también con los que presta, los cuales propician la producción autónoma de la vida, y, por tanto 'prácticas de libertad'.

Algunos referentes de las posiciones del sujeto médico se encuentran en el Código de Beneficencia, el cual reglamentaba los modos en que debían desempeñarse los profesores y estudiantes en el Hospital de Caridad, en 1872 tal como se describe en el artículo 47, referido a los deberes y atribuciones. Se hace referencia a las siguientes actividades asistenciales (atención, diagnóstico, tratamiento), administrativas y docentes:

En lo que respecta a las funciones asistenciales señalaba:

Visitar a todos los enfermos de las enfermerías dos veces al día (...), a las seis de la mañana y a las cuatro de la tarde (...), practicar las operaciones quirúrgicas que fuere preciso hacer a los enfermos, excepto las comunes o pequeñas que pueden ejecutar los practicantes, e instruir a estos (...) sobre el modo de practicar dichas operaciones, y de hacer todas las demás aplicaciones a los enfermos.

El artículo 48 estipulaba la forma asistencial:

Cada vez que los médicos practicaren una visita, serán acompañados por los enfermeros y practicantes de las respectivas enfermerías (...), los practicantes llevarán un recetario en que anotarán las aplicaciones o medicamentos, así exteriores como interiores, que prevenga el facultativo a cada enfermo. (Junta General de Beneficencia, 1872, pág. 408).

En cuanto al desempeño administrativo, el mismo código prescribía que el médico estaría a cargo de:

Ordenar la separación de los enfermos de los dormitorios comunes, cuando les parezca por la naturaleza de las enfermedades (...), inspeccionar a los (...) encargados de hacer las aplicaciones médicas y de suministrar los alimentos para ver si tales cosas se hacen con exactitud (...) y examinar los alimentos y medicamentos para ver si son de buena calidad (...), llevar un registro de entradas, salidas y muertes ocurridas en las enfermerías de su cargo, para que puedan informar (...) sobre la alta y baja, sobre las enfermedades que hayan reinado y sobre los métodos curativos empleados, expresando los que hayan producido mejores resultados

Las funciones docentes giraban en torno del seguimiento y control de las prácticas formativas, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 50 cincuenta, es decir, garantizar que los practicantes cumplieran las siguientes funciones y deberes:

1. Seguir a los médicos en la visita y llevar con exactitud el recetario;
2. Ejecutar las sangrías, aplicar y curar los cáusticos, y hacer todas las operaciones de pequeña cirugía (...) y administrar (...) medicamentos;
3. Presentar los recetarios al boticario (...) y recibir de él los que corresponden a sus respectivas enfermerías;
4. Cumplir las órdenes del mayordomo y de los enfermeros, y observar estrictamente las prevenciones o indicaciones que les hicieren los médicos. (Junta General de Beneficencia, 1872, pág. 409).

De igual forma, la atención del individuo sería ampliada en el discurso inaugural del III Congreso Médico Colombiano, a actividades comunitarias que involucraban las de atención al medio ambiente, como a la población:

Cada día que pasa en el transcurso del tiempo demuestra la necesidad creciente de la mayor acción de la ciencia médica y de las que con ella se relacionan (...), de la simple asistencia del individuo en sus dolencias físicas (...), hasta la intervención en las dolencias sociales, en que la biología y la antropología prestan concurso eficaz a la sociología (...), en la administración de justicia (...) es guía segura del juez (...), en la instrucción a la comunidad.

En el plano nacional, para garantizar el desempeño pertinente del médico general, fue planteada la definición de un currículo nuclear de pregrado para los programas de Medicina; este condiciona las competencias, los saberes y las prácticas formativas previstas en el currículo, por cuanto la educación médica:

...deberá centrarse en aquellas competencias fundamentales que requiere un médico general y que deben ser construidas con base en el perfil epidemiológico y demográfico del país, así como en la capacidad del médico de abordar integralmente al ser humano desde las perspectivas de protección (promoción y prevención) y recuperación (diagnóstico, tratamiento y rehabilitación) de la salud, desde una aproximación nosológica, por sistemas o por resolución de problemas, pero centrada en lo que el médico general debe y puede hacer. (Asociación Colombiana de Facultades de Medicina ASCOFAME, 2003, pág. 11).



Fuente: Los autores

Capítulo 6

A MODO DE COROLARIO

El análisis de las prácticas discursivas y no discursivas de la educación médica de pregrado, para el período comprendido entre 1992 y 2018 permiten una lectura posible de algunos procesos que constituyen cierto tipo de sujetos y cierto tipo de relaciones médico-paciente, aceptados o no como válidos, en consideración a regímenes de verdad que responden a intereses sociales y políticos, propios de esta contingencia histórica.

La relación saber-poder que sustenta las prácticas gubernamentales que tienen lugar en la cotidianidad de la educación médica colombiana articula saberes de diferentes campos, que producen en los estudiantes de medicina efectos cognitivos, volitivos y emocionales, a partir de los cuales son conducidos desde otros y desde sí mismos, durante su ir haciéndose médicos, hasta constituir diferentes posiciones para tipos particulares de sujetos que habrán de ser perfeccionados en posteriores niveles de formación.

La educación médica centrada en la relación docente-estudiante, en la que un corpus de saberes era transmitido de una generación a otra, que se centraba en la asistencia y vinculaba íntimamente el diagnóstico y el tratamiento a la relación médico-paciente, tuvo denotación negativa durante el período de estudio, y fue desplazada por prácticas de educación médica que posicionan las actividades de educación, promoción y

prevención, dirigidas a la comunidad, para lo cual en la educación del estudiante de medicina se enfatiza en el autoaprendizaje, el aprender a aprender, el aprendizaje significativo y el aprendizaje permanente.

Las estrategias gubernamentales en la educación de los médicos han ido cediendo paulatinamente el énfasis en su direccionamiento, desde los avances del saber médico-asistencial y de las ciencias afines, para incentivar modalidades de atención relacionadas con remisión, interconsulta, y actividades extramurales individuales y colectivas, en el marco de políticas internacionales que operan a través de cambios de los sistemas de salud, que paradójicamente apuntan a la reducción del gasto y dan respuesta a los requerimientos del mercado.

Así mismo, predomina una forma enunciativa que denota negativamente el saber de la educación médica relacionada con la enfermedad, el enfermo, el hospital y el tratamiento. La relación médico-paciente dejó de ser interpelada por el síntoma, por el signo, por la localización de las lesiones, por el flujo energético, por el enfoque anatomopatológico, fisiológico o etiológico, y se redireccionó ideológica y emocionalmente. En esta nueva concepción, la enfermedad como objeto ha sido desplazada por la salud, y tanto el médico como el paciente han desaparecido en su carácter de figuras individuales. Hoy se hallan subsumidos en poblaciones homogenizantes; el primero de ellos en el equipo de salud, equipo al cual se han articulado sujetos de diferentes campos del conocimiento que comparten la función de mantener la salud; el segundo, en la población de sujetos responsables de su salud. De este modo, el discurso sobre la enfermedad es, de una parte, encerrado en la singularidad del enfermo y, de otra, atomizado dentro del modelo de atención (marco en el que se constituye el estudiante) que lo direcciona a diferentes instancias, en las cuales se adoptan decisiones diferentes a las previstas, no solo por el médico sino por la medicina misma, en las diferentes

especialidades a las que puede aspirar el médico. Ambos sujetos se agencian mutuamente, para irse constituyendo en otros, bajo las reglas del mercado.

El sujeto médico tratante es desplazado por la institución de salud, encargada de proveer el servicio de tratamiento, de tal forma que esta cumple su función de tratar al paciente, y no el médico de ser el tratante, dando lugar a que el paciente sea valorado por diferentes individuos (estudiantes o médicos), lo cual obstaculiza la constitución de la relación médico-paciente, al afectar el reconocimiento entre ellos, además del impacto que esta situación genera sobre la salud del paciente y sobre el sistema de salud.

El modelo de atención es atomizado, en este marco se constituye un sujeto médico desarticulado, que aprende a relacionarse con sujetos que no llegan a constituirse en sus pacientes; la relación está desplazándose hacia una relación entre el médico con la institución prestadora de salud en la que labora o en la que realiza sus prácticas formativas; la institución prestadora de salud se relaciona con la entidad responsable del pago, mientras el paciente depende de las decisiones que esta última tome, en términos del médico que lo atiende.

En cuanto a los criterios que permiten caracterizar la formación discursiva particular que nos ocupa, la dispersión de los objetos tiene su procedencia de campos semánticos diferentes. Así, algunos provienen de la biología, la bioquímica, la física y la estadística; otros, de las ciencias sociales, económicas y políticas; algunos, de campos religiosos; otros, de la literatura; y algunos, de la medicina en sentido estricto.

Las modalidades o tipos de enunciación utilizados muestran escasos cambios en el modo en que se enuncian; sin embargo, la función enunciativa sí es variable, acompañada de una descripción ya no solo de hechos patológicos abordados de manera directa o indirecta, sino de las condiciones de la vida

cotidiana de los miembros de la comunidad, lo cual es leído en clave de cálculos estadísticos y epidemiológicos, así como de lineamientos gubernamentales globales, reglamentos institucionales y protocolos locales, soportados en prescripciones políticas, económicas y jurídicas, que amplían el espectro de posiciones del médico y del paciente.

Hoy, la educación médica contribuye a constituir un médico general polivalente, a partir del cual la relación que este establece con el paciente, con la familia, con la comunidad, con las instituciones en las que labora y con la sociedad para la que se forma adquiere diferentes matices, según el contexto en el que tienen lugar las prácticas formativas, las cuales determinan los agrupamientos que configuran al sujeto estudiante en su ir siendo médico, todo ello orientado a modos laborales. Así, el quehacer clínico es asumido como un proceso mecánico de resolución de problemas, y la relación médico-paciente se halla sujeta a criterios de práctica clínica basados no solo en evidencia científica, sino en estándares, consensos, guías y protocolos (válidos como referentes institucionales), cayendo en reduccionismos, que son incongruentes con la complejidad, la incertidumbre, la inestabilidad, el carácter único y los conflictos de valores, que se le reconocen a dicha relación.

En el ámbito comunitario, la relación médico-paciente adquiere una función educativa. El médico no solo comparte un saber que era reconocido como particular de los profesionales de ciencias de la salud, sino que contribuye al agenciamiento de los individuos, haciéndolos responsables de diferentes tareas que garantizan su condición de salud y que incluyen hábitos de vida saludable, reconocimiento y control de riesgos individuales y de la comunidad, así como funciones de carácter administrativo, tales como veedurías y contribución en la toma de decisiones en las instituciones de salud. En esta misma línea, el Estado pierde protagonismo en cuanto a su responsabilidad para con

la salud de la población, dejándola en manos de la comunidad, en tanto usuaria, con derecho a la participación, elección y posesión del saber médico. De esta forma, la salud parece estar en manos solo de los individuos, y la enfermedad es producto al desconocimiento, descuido y falta de participación del individuo y de la comunidad.

Para el período del que da cuenta este estudio (1992-2018), las formas de enunciación y las diferentes posiciones de los sujetos tienden a ocultar la enfermedad, el paciente y las labores médico-asistenciales, privilegiando la salud, el usuario-consumidor y las acciones de promoción y prevención, actividades que el estudiante de medicina deberá desarrollar una vez egrese, junto con los demás miembros del equipo de salud, con lo cual la concepción del médico tratante es desplazada por la del líder comunitario que asiste, educa y ofrece servicios a la comunidad, al margen de la demanda, misma que puede ser desarrollada por los diferentes miembros del equipo de salud.

El período de tiempo elegido para el estudio se halla fuertemente impregnado de la tecnología de gobierno Atención Primaria en Salud, cuya racionalidad procura la “Salud Para Todos”, desde una perspectiva en la que ‘la salud’ es garante de la productividad económica y substrato del desarrollo social y humano. El ‘todos’ corresponde a la población objeto, lo que da lugar, no a la preocupación por la condición de salud de cada individuo, sino a lecturas de carácter general en las que el individuo es englobado e invisibilizado por formas de representación que incluyen su afiliación al sistema de salud, su estado de salud, sus oportunidades de acceder al servicio de salud y sus posibilidades de relacionarse en calidad de paciente con el médico.

En la educación médica, la meta “Salud Para Todos” se configura en un dispositivo de producción de subjetividad que atraviesa las prácticas gubernamentales desde instancias

internacionales, nacionales y locales, lo que incide en el redireccionamiento e instauración de políticas hacia la calidad de la educación superior, lo cual influye en la constitución de sujetos y subjetividades de quienes ingresan al campo de la educación médica. Dichas instancias emiten criterios de aceptación o rechazo de los procesos de educación que corresponden a la voluntad de verdad de nuestro presente, un modo de posicionar cierto tipo de saber y cierto tipo de sujeto capaz de adaptarse a las demandas del mercado laboral.

La investigación permitió mostrar y analizar cómo las disposiciones actuales que regulan los sistemas de salud y educación dan lugar a relaciones saber-poder que actúan en diversos niveles, establecen nuevas relaciones y modifican otras preexistentes, generando procesos de sujeción y subjetivación que se reflejan en las diversas formas de relación médico-paciente, la cual se ha ido transformando por avances de las ciencias básicas, de las básicas-médicas, de la educación, avances de las ciencias sociales y de la medicina como campo específico disciplinar, así como por intereses políticos, económicos y sociales. En este marco, y según el enfoque predominante, dicha relación se ha desplazado de ser nombrada como relación médico-paciente, a: la comunidad, el usuario y el consumidor. En el mismo sentido, se ha descentrado del individuo al grupo social en el que este convive, ocupándose ya no solo de la enfermedad, en el sentido de diagnosticarla y tratarla, sino que, de manera preponderante, se orienta al mantenimiento de la salud, dejando de ser convocada por la enfermedad o dolencia del paciente, a ser ofertada en la búsqueda de enfermedades en la comunidad sin demanda del paciente.

La educación médica es foco de una serie de expectativas y señalamientos sobre la relación médico-paciente que se establece. El estudio muestra cómo para el período de tiempo analizado, la influencia que esta ejerce es compartida con las instituciones

en las que los estudiantes realizan sus prácticas formativas, de acuerdo con lo reglamentado por el Estado para los convenios docencia-servicio, espacios que determinan de manera más importante que la universidad la constitución del médico para su relación con el paciente, desde su etapa de estudiante, así como los intereses de mercado, vía rendimiento económico, que generan las actividades docencia-servicio en las instituciones prestadoras de salud.

El plan de estudios es el espacio de luchas entre las tendencias que reconocen especificidades de la educación para el ejercicio de cada profesión de la salud y las tendencias que tienden a homogenizar dicha educación, en procura de garantizar sujetos constituidos, ya sea para desempeñarse en equipos de salud, con escaso nivel de resistencia a los mecanismos gubernamentales internacionales, nacionales y locales, sometidos a los cambios del mercado y de las políticas de salud, educación y trabajo, o para continuar en procesos de educación de postgrado o de educación médica continuada.

Los planes de estudio muestran la remanencia de una formación médica que adopta elementos de los enfoques anatómico-clínico, etiológico, fisiopatológico y flexneriano, articulados con el propuesto en Colorado Springs, hasta llegar al enfoque vigente, fuertemente orientado por las recomendaciones de las Conferencias Mundiales sobre Educación Médica; es decir, la influencia de los saberes médicos europeos, así como las orientaciones norteamericanas, se conservan parcialmente en el marco de las reformas curriculares que se adelantan en los programas de medicina en Colombia.

Los diferentes saberes que configuran las áreas de formación del plan de estudios de los programas de pregrado de Medicina contribuyen a la constitución del estudiante de medicina en su ir siendo médico, así como a la caracterización del paciente, y, por tanto, de las posibles formas que adquiere la relación entre

los dos, de tal forma que los discursos de la educación médica, en tanto tecnología gubernamental, orientada a la ‘conducción de la conducta’, en la que tienen lugar “acciones dirigidas a administrar y producir determinados hábitos y formas de subjetividad”. Lo anterior constituye el espacio propicio para la observación sobre la manera en que el saber se articula con el poder, y estos con la subjetivación, no solo como efecto de instancias externas al sujeto, sino desde el sujeto mismo. Las bitácoras de los estudiantes reflejan un “sujeto sujetado” a las prescripciones referidas en el plan de estudios, prescripciones con las cuales se relacionan durante el proceso de formación con el paciente, en tanto objeto de aprendizaje, y postergan el reconocimiento de este como sujeto, para cuando egresen.

La relación prestador de servicios-usuario implica la objetivación de las prácticas médicas desde la relación productividad / ahorro del gasto y rendimiento financiero, propios del área económica, con lo cual los indicadores de prácticas médicas centradas en la historia clínica, la evolución del enfermo a partir de la respuesta a los tratamientos, y los índices de morbilidad y mortalidad fueron desplazados por el número de días de estancia, número de autorizaciones y número de procedimientos, información que es representativa del sector salud, pero que, a la vez, se corresponde con la regulación y el control de la población desde la perspectiva económica del Estado.

Las relaciones saber-poder se han ido transformando. Las redes de instituciones de salud, socialmente reconocidas por asumir funciones de atención, cuidado y tratamiento, deben establecer relaciones con otros sectores profesionales y deben desarrollar acciones de carácter técnico, administrativo, económico y político.

Para el período de tiempo del estudio, la relación médico-paciente corresponde a una forma ideal que, planteada por

Hipócrates, moviliza los deseos de los diferentes miembros de la sociedad. Esta se reclama, se demanda, se utiliza en la mayoría de mensajes publicitarios; sin embargo y paradójicamente, a dicha relación se le impide constituirse por las modalidades implementadas en la organización para la atención, la cual, al no propiciar el encuentro entre el médico y el paciente, afecta la confianza y el reconocimiento del otro; esta relación se coarta a través de barreras que hacen curso en el sistema de salud adoptado en Colombia, con lo cual se afectan las funciones que a esta relación, en su condición de técnica diagnóstico-terapéutica, se le reconocen en términos asistenciales y educativos, lo que explica parcialmente la persistencia y el empeoramiento de patologías prevenibles o abordables en el primer nivel de atención.

El uso de la caja de herramientas propuesta por Michel Foucault propicia el abandono del razonamiento lógico y el análisis histórico y psicológico como única vía para acceder a la realidad y para actualizar la verdad en la falsa apariencia de la educación médica. Eventualizar las prácticas discursivas y no discursivas de la educación médica en Colombia permite restaurar los elementos perdidos, olvidados, invisibilizados, ocultos. De esta manera se posibilita una construcción de la realidad que involucra diversas perspectivas, desde las cuales se plantean opciones reales de transformación de la enunciación histórica de la educación médica, y, a partir de esta, la auto-formulación histórica del sujeto de la educación médica.

Al quedar demostrado en esta investigación que la relación médico-paciente que se constituye en el ir siendo médico se halla fuertemente influenciada por los discursos acerca de la educación médica de orden global y local, por los ambientes educativos en los que se realizan las prácticas formativas y por las estrategias metodológicas empleadas en el programa de Medicina, se requiere un replanteamiento de orden curricular

que reconozca la influencia de las diferentes fundamentaciones en esta relación.

Deben incluirse en los planes de estudios de los programas de Medicina elementos que le permitan al estudiante, en su ir siendo médico, constituirse no solo como un sujeto para el saber de la medicina y el hacer de la salud, sino como un sujeto que se reconoce en el marco de la inmanencia de intereses políticos, económicos, socio-ambientales y de mercado, y que adquiera las competencias para relacionarse consigo mismo y con los demás, las cuales tienen un bajo reconocimiento en los procesos de educación de médicos en pregrado.

Se hace necesario realizar investigaciones con egresados para que, desde esta perspectiva, se aborde la constitución de la sujeción y subjetivación del médico general en su relación con el paciente. Este tipo de estudios permitirá una lectura posible del médico egresado, en tanto consolidación del proceso de educación médica vigente.

La vulneración de la relación médico paciente, que constituye el ambiente en que es conducida la conducta de los estudiantes de Medicina en su ir siendo médicos, requiere de un replanteamiento en los modelos de atención por parte de los actores del sistema de salud, a fin de ofrecer condiciones de posibilidad que la hagan viable.

Es importante que la universidad lidere la participación de las asociaciones científicas, gremiales, gubernamentales y de la academia en general, en su calidad de asesores del gobierno, para que se replantee el campo de acción y el perfil profesional del médico general, de tal forma que la educación médica de pregrado armonice con las necesidades de la población colombiana.

Fuente: Freepik.es

BIBLIOGRAFÍA

- Asociación Médica Mundial. (Octubre de 1983). *Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre recursos humanos médicos - I*. Obtenido de 35ª Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia: <http://www.unav.es/cdb/ammvenecia3.html>
- Academia Nacional de Medicina. (1913). *Segundo Congreso Médico de Colombia*. Bogotá: Escuela Tipográfica Salesiana.
- Aguilera P, M. (2001). Universidad Nacional de Colombia: génesis y reconstitución. En U. N. Colombia, *Series Historia de la Universidad Nacional de Colombia* (págs. 20-21). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Álvarez de Ahogado, M., & Díaz Zuleta, H. (2009). *Estado del arte gestión curricular de la educación superior en ciencias de la salud*. Obtenido de Pontificia Universidad Javeriana - Repositorio de Tesis: <http://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/155>
- Andrade, J. (1979). *Marco Conceptual de la Educación Médica en la América Latina*. Obtenido de Organización Panamericana de la Salud Organización Mundial de la Salud, Serie Desarrollo de Recursos Humanos No 28: <http://hist.library.paho.org/Spanish/DRH/13191.pdf>
- Archivo Central Universidad Nacional de Colombia. (s.f.). Facultad de Medicina Sección Correspondencia. *En Libro 88 Folios 84-85*.
- Archivo Central Universidad Nacional de Colombia. (s.f.). Facultad de Medicina. *Sección Reformas -Reforma Paredes 1958-1961*.
- Archivo General de la Nación. (1636). *Sección Colonia. Fondo Miscelanea. Vol. 66. Tomo 2. Folio 555*.

- Arias Murillo, F. A. (2011). *Emergencia del hombre en la formación de maestros y maestras en Colombia*. Recuperado el 2014, de Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez Y Juventud, V. 9 fasc 2.pp. 703-720: Recuperado de: <http://revistalatinamericanaumanizales.cinde.org.co/>
- Arias Murillo, F. A. (2015). *Seminario arqueología – genealogía. Doctorado en Ciencias de la Educación CADE Tolima*. Ibagué: Memorias inéditas.
- Asamblea Departamental del Tolima. (1978). *Ordenanza Nro. 23 de 1978 (Diciembre 5)*. Ibagué: Asamblea del Tolima.
- Asamblea Nacional Constituyente-Constitución Política de Colombia. (7 de Julio de 1991). *Constitución Política de Colombia 1991*. Obtenido de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=4125>
- Asamblea Mundial de la Salud WHA48.8. (12 de Mayo de 1995). *Reorientación de la enseñanza y del ejercicio de la medicina en pro de la salud para todos*. Obtenido de Punto18.2del ordendel día de la 48" Asamblea Mundial de la Salud: http://hist.library.paho.org/spanish/GOV/CE/CE116_26.pdf
- Asociación Colombiana de Facultades de Medicina ASCOFAME. (marzo de 2003). *Curriculo nuclear para las facultades de medicina de Colombia*. Obtenido de Asociación Colombiana de Facultades de Medicina ASCOFAME: http://www.1.ascofame.org.co/images/imagenes/GUIAS_DE_PRACTICA_CLINICA/curriculonuclearfacultadesmedicina
- Asociación Médica Mundial. (Septiembre/Octubre de 1981). *Declaración de Lisboa de la AMM sobre los Derechos del Paciente*. Obtenido de 34ª Asamblea Médica Mundial Lisboa, Portugal: <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/14/>
- Asociación Médica Mundial. (Octubre, 1983). *Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre recursos humanos médicos - I. 35ª Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia*. Recuperado de <http://www.unav.es/cdb/amm-venecia3.html>

- Asociación Médica Mundial. (Octubre de 1984). *Declaración sobre recursos humanos médicos III*. Obtenido de 36ª Asamblea Médica Mundial, Singapur: http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leis_ref/public/showAct.php?id=5301&word=
- Asociación Médica Mundial. (Octubre de 1986). *Declaración sobre la independencia y libertad profesional del médico*. Obtenido de 38ª Asamblea Médica Mundial, Rancho Mirage, California, EE.UU : <http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=5305&word=>
- Asociación Médica Mundial. (Octubre de 1987). *Declaración sobre la autonomía y autoregulación profesional*. Obtenido de 39ª Asamblea Médica Mundial, Madrid, España : <http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=5307&word=>
- Asociación Médica Mundial. (Octubre de 1987). *Declaración sobre la enseñanza médica*. Obtenido de 39ª Asamblea General, Madrid, España : <http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=5308&word=>
- Asociación Médica Mundial. (Noviembre, 1991). Declaración de la Asociación Médica Mundial. En *Quinta Conferencia Mundial de la AMM sobre Educación Médica*. 43ª Asamblea Médica Mundial Malta. Recuperado de <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/20archives/m13/>
- Asociación Médica Mundial. (Octubre de 1993). *Declaración sobre la defensa y secreto del paciente*. Obtenido de 45ª Asamblea Médica Mundial Budapest, Hungría: <http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=5383&word=>
- Association of American Medical Colleges. (Noviembre de 1984). *Physicians for the twenty- first century. Report of the project panel on the general professional education of the physician and college preparation for medicina*. Obtenido de Journal of Medical Education (59) part 2, 201-208: <https://books.google.com.co/books?id>
- Astudillo P, R. E. (Julio-Diciembre de 2003). *La Historia de la Medicina en el Valle del Cauca*. Obtenido de El Hombre y la Máquina

Nos. 20 - 21: <http://ingenieria.uao.edu.co/hombreymaquina/revistas/20-21%202003-2/La%20Historia%20de%20la%20medicina.%20R%20Astudillo.pdf>

Azuero, M. P. (1888). *Tratado de terapéutica aplicada general y especial Tomo I - Conjunto de lecciones dictadas en la Universidad Nacional de los Estados Unidos de Colombia*. Bogotá: Imprenta de "La Luz".

Banco Mundial. (1993). *Informe sobre el desarrollo mundial 1993. Invertir en Salud*. Obtenido de Oxford University Press, Banco Mundial.: <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/5976> licencia: CC BY 3.0 IGO".

Báron, G. (2007). Barón, G.). *Cuentas de Salud de Colombia 1993-2003. El gasto nacional en salud y su financiamiento*. Recuperado el 2014, de Portal Saude Gobierno Brasil: [Portal Saude.gov.br/portal.saude.gov.br/portal/.../pdf/cuentas_de_salud_de_colombia.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal.saude.gov.br/portal/.../pdf/cuentas_de_salud_de_colombia.pdf)

Beker, E. B. (2007). *Universidad Autónoma de Argentina, Argentina*. Recuperado el 25 de Enero de 2014, de <http://www.fmed.uba.ar/depto/saludmental/jornada/10.pdf>: <http://www.fmed.uba.ar>

Bohórquez, F. (2004). *Comunicación vital en la formación del médico. Una propuesta pedagógica desde la Intersubjetividad creadora*. Popayán: Red de Universidades estatales de Colombia RUDECOLOMBIA.

Boletín Clínico (1950). Órgano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia. *Informe de la Misión Médica Unitaria a Colombia*, 10, 10.

Bonvillani, A. (2012). Hacia la construcción de la categoría subjetividad política: una posible caja de herramientas y algunas líneas de significación emergentes. En C. Piedrahita, A. Díaz, & P. Vommaro, *Subjetividades políticas: desafíos y debates latinoamericanos* (págs. 191-200). Bogotá: Universidad Distrital Francisco José de Caldas.

Bonvillani, A. (2013). *Cátedra de teoría y técnicas de grupo. Cuadernillo de Trabajos prácticos*. Córdoba (Argentina): Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Córdoba.

- Borrel Bentz, R. M. (2007). *Recursos humanos en salud en la Organización Panamericana de la Salud: orígenes y evolución*. Obtenido de Organización Panamericana de la Salud: http://www.observearh.org.br/nesp/sistema/banco/20071105040509_ops_rh.pdf
- Borrell Bentz, R. M. (2005). *La educación médica de postgrado en la Argentina: el desafío de una nueva práctica educativa*. Obtenido de Organización Panamericana de la Salud: <http://www.saludpublica.fcm.unc.edu.ar/sites/default/files/pub61.pdf>
- Byrne Niall, & Rozentel, M. (1994). Tendencias actuales de la educación médica y propuesta de orientación para la educación médica en América Latina. *Educación Médica y Salud Vol. 28, No 1.*, 53-93.
- Castro - Santiago. Restrepo, E. (2008). *Castro & Restrepo Genealogías de la colombianidad. Formaciones discursivas y tecnologías de gobierno en los siglos XIX y XX*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.
- Castro, E. (2005). *El vocabulario de Michel Foucault. Un recorrido alfabético por sus temas, conceptos y autores*. Recuperado el 2013, de Psicología y Sociología Word Press: <http://psicologiaysociologia.files.wordpress.com/2011/08/castro-edgardo-el-vocabulario-de-michel-foucault.pdf>
- Castro-Gómez, S. (2011). La educación como antropotécnica. En R. A. Cortéz Salcedo, S. Gadelha Costa, S. M. Grinberg, L. M. Corcini, E. Langer, C. E. Noguera R, & A. J. Veiga-Neto, *Gubernamentalidad y educación discusiones contemporáneas* (págs. 9-15). Bogotá: Instituto paa la Investigación Educativa y el Desarrollo Pedagógico IDEP.
- Castro-Gómez, S. (2013). *Historia de la gubernamentalidad*. Bogotá: Siglo del Hombre Editores.
- Centro Especial de Educación en Salud. (1986). *Estado Actual del Proyecto Pro-Facultad de Medicina*. Ibagué: Universidad del Tolima.
- Centro Especial de Educación en Salud. (1988). *Proyecto para la Carrera de Profesionales en Enfermería en la Universidad del Tolima*. Ibagué: Universidad del Tolima.

- Colombia. Presidencia de la República. (13 de Noviembre de 1992). Decreto 1849. *Por el cual se crea, el Consejo Nacional para el Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud*. Obtenido de Alcaldía de Bogotá: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=36475>
- Comisión Europea. (2004). *Proyecto Tuning América Latina*. Recuperado el 2014, de Tuning América Latina: http://tuning.unideusto.org/tuningal/index.php?option=com_frontpage&Itemid=1
- Comisión Europea. (2007). *Colombia documento de estrategias país*. Obtenido de Comisión Europea: http://eeas.europa.eu/colombia/csp/07_13_es.pdf
- Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud Alma-Ata*. (1978). Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf>
- Conferencia Sanitaria Internacional. (1946). *Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100). Nueva York : Conferencia Sanitaria Internacional.
- Congreso de Colombia. (26 de Octubre de 1903). *Ley 39 de 1903. Sobre instrucción pública*. Obtenido de Diario Oficial Número 11,931 viernes 30 de Octubre de 1903: http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-102524_archivo_pdf.pdf
- Congreso de la República de Colombia. (1990). *Ley 10. Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones*. Recuperado el 2014, de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=3421>
- Congreso de Colombia. (28 de Diciembre de 1992). *Ley 30 de 1992 Por la cual se organiza el servicio público de la educación superior*. Obtenido de Alcaldía de Bogotá, consulta de la norma: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=253>
- Congreso de Colombia, (23 de diciembre de 1993). *Ley 100 de 1993*. Recuperado el 12 de septiembre de 2013, de www.congresodecolombia.gov.co

- Congreso de la República de Colombia. (2007). *Ley 1164. Por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud*. Recuperado el 2014, de Ministerio de Salud: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201164%20DE%202007.
- Congreso de la República. (13 de Julio de 2009). *Ley 1324. Por la cual se fijan parámetros y criterios para organizar el sistema de evaluacióeducación, se dictan normas para el fomento de una cultura de la evaluación, en procura de facilitar la inspección y vigilancia del Estado y se transforma el ICFES*. Recuperado el 2014, de Ministerio de Educación: <http://www.mineducacion.gov.co/1621/article-210697.html>
- Congreso de Colombia. (19 de Enero de 2011). *Ley 1438 de 2011 Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones*. Obtenido de Alcaldía de Bogota: www.alcaldiadebogota.gov.co/sisjur/normas/Normal.jsp?i=41355
- Congreso de Colombia. (16 de Febrero de 2015). *Ley Estatutaria No 1751, Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones*. Obtenido de Ministerio de Salud: [www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%](http://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015)
- Congreso de los Estados Unidos de Colombia. (22 de Septiembre de 1867). *Ley 66 de 1867*. Obtenido de Normatividad Universidad Nacional de Colombia: <http://www.legal.unal.edu.co/sisjurun/normas/Normal.jsp?i=34584>
- Consejo Nacional de Acreditación CNA Colombia. (2012). *Manual para capacitación pares académicos*. Obtenido de http://www.cna.gov.co/1741/articles-186376_manual_pares.pdf
- Consejo Superior de la Universidad del Tolima. (1989). *Acuerdo N° 019 de 1989, por medio del cual se crea la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad del Tolima*. Ibagué: Universidad del Tolima.

- Corporación Universitaria Remington Facultad de Ciencias de la Salud – Programa de Medicina. (2014). *Proyecto Educativo Programa Medicina*. Obtenido de http://www.uniremington.edu.co/cienciasdelasalud/pep/pep_2014.pdf
- Corredor, J. A. (1873). *Informe del profesor de anatomía patológica. Hospital de Caridad, Servicio Científico*. Bogotá: Revista de los Establecimientos de Beneficencia . Año 3, No 50.
- Daza, C. R. (2009). *Daza, C., Rodas, P Estado del arte de las políticas de calidad de la educación superior a través de los conceptos de pertinencia, evaluación, competencia y cobertura, a partir de la ley 30 de 1992 y hasta el 2008. Tesis*. Bogotá: Universidad Javeriana.
- De Francisco Zea, A. (1999). *Luis Zea Uribe, su vida y su época*. Santa Fe de Bogotá: Academia Colombiana de Historia.
- De Moraes Novaes, H. (1990). La formación del médico para acciones en los sistemas locales de salud. *Educación médica y salud*, 363-378.
- Deleuze, G. (1987). *Foucault*. Barcelona: Paidós.
- Deleuze, G. (1990). *¿Qué es un dispositivo?* Barcelona: Gedisa.
- Díaz Lozano, M. B. (2014). Gerencia en salud. *Gestión Humana en Salud, tendencias y perspectivas*. Ibagué: Inédito.
- Díaz, D. (2008). Raza, pueblo y pobres: las tres estrategias biopolíticas del siglo XX en Colombia (1873 – 1962). En s. Castro, & E. Restrepo, *Genealogías de la colombianidad. Formaciones discursivas y tecnologías de gobierno en los siglos XIX y X*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.
- Diáz, E. (1993). *Michel Foucault los modos de subjetivación*. Buenos Aires: Almagesto, Colección Perfiles.
- Dreyfus, H., & Rabinow, P. (2001). *Michel Foucault: más allá del estructuralismo y la hermenéutica*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- Echeverry, A. S. (1989). *Santander y la instrucción pública (1819 – 1840)*. Bogotá: Foro Nacional por Colombia – Universidad de Antioquia.

- El Presidente de la República de Colombia. (5 de Julio de 1968). *Decreto 1050 de 1968, por el cual se dictan normas generales para la reorganización y el funcionamiento de la administración nacional*. Obtenido de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=2565>
- El Presidente de la República de Colombia. (3 de Diciembre de 1971). *Decreto 2356 de 1971, por el cual se crea un Consejo*. Obtenido de https://www.redjurista.com/documents/d2356_71.aspx
- El Presidente de los Estados Unidos de Colombia. (1872). Decreto por el cual se arregla el servicio científico del Hospital de Caridad. *Revista de los Establecimientos de Beneficencia Año2, No. 22. Abril 8, 339.*
- El Redactor Americano: Periódico del Nuevo Reyno de Granada. (1807). *Número 15 julio 4*. Bogotá: Hemeroteca Biblioteca Luis Ángel Arango.
- El Senado y la Cámara de representantes de la Nueva Granada . (15 de Mayo de 1850). *Ley de mayo 15 de 1850 "Sobre instrucción pública"*. Obtenido de Alcaldía de Bogotá: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=12626>
- El Siglo, número 9. (10 de Agosto de 1848). *Gremios científicos*. Obtenido de El Siglo número 9: http://admin.banrepcultural.org/sites/default/files/revista/blabr339155_n_009.pdf
- Fundación Educación Médica España. (2002). *La Formación de los Profesionales Médicos*. Obtenido de La Profesión Médica: Los retos del milenio: <http://www.fundacionmhm.org/pdf/Mono7/Articulos/articulo6.pdf>
- Federación Mundial para la Educación Médica. (1993). *Declaración de Edimburgo 1993*. Obtenido de Revista Cubana Educación Médica Superior 2000;14(3)270-83: http://bvs.sld.cu/revistas/ems/vol14_3_00/ems07300.htm
- Ferreira, J. R. (1981). La necesidad de colaboración efectiva entre la educación médica y el servicio de salud. *Educación Médica y Salud, volumen 15, número 2, 154-165.*

- Ferreira, J. R. (1983). *Formación de recursos humanos para la medicina del año 2000*. Obtenido de Revista Educación Médica Salud, Volumen 17 No 1: hist.library.paho.org/Spanish/EMS/6244.pdf
- Ferreira, J. R. (1987). Formación de Recursos humanos para la medicina del año 2000. *Educación Médica y Salud*, 65.
- Flexner, A. (1910). *Medical Education in the United States and Canada*. Obtenido de A report to the Carnegie Foundation for the advancement of teaching: http://archive.carnegiefoundation.org/pdfs/elibrary/Carnegie_Flexner_Report.pdf
- Foucault, M. (1973). Entrevista. En R. Bellour, *El libro de los otros*. Barcelona: Anagrama.
- Foucault, M. (octubre de 1974). *La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina*. Recuperado el 2014, de Instituto de Medicina Social, Centro Biomédico, de la Universidad Estatal de Rio de Janeiro, Brasil.: <http://hist.library.paho.org/Spanish/EMS/4451.pdf>
- Foucault, M. (1975). *El nacimiento de la clínica Una arqueología de la mirada médica 2a edición*. México: siglo XXI editores, s.a.
- Foucault, M. (1978). Incorporación del Hospital en la Tecnología Moderna. *Educación Médica y Salud Volumen 12*, 59-72.
- Foucault, M. (1979). *Microfísica del Poder*. Madrid: Ediciones La Piqueta.
- Foucault, M. (1980). *La imposible prisión*. Paris: Du Seuil.
- Foucault, M. (1982). *La imposible prisión: Debate con Michel Foucault*. Barcelona: Anagrama.
- Foucault, M. (1984). *Enfermedad mental y personalidad*. Barcelona: Paidós Iberica,S.A.
- Foucault, M. (1985). *Saber y verdad*. Madrid: La piqueta.
- Foucault, M. (1992). *El Orden del Discurso*. Buenos Aires: Tusquets editores.
- Foucault, M. (1993). *Historia de la Locura en la Época Clásica*. Santafé de Bogotá: Fondo de Cultura Económica Ltda.
- Foucault, M. (1996). *La vida de los hombres infames*. La Plata Argentina: Altamira.

- Foucault, M. (1998). *¿Qué es un autor?* Obtenido de Ediciones de la escuela lacaniana de psicoanálisis: [http://exordio.qfb.umich.mx/archivos%20pdf%20de%20trabajo%20umsh/LIBROS%2014/Foucault%20Michel%20-%20Que%20Es%20Un%20Autor%20\[Sicario%20Infernal\].PDF](http://exordio.qfb.umich.mx/archivos%20pdf%20de%20trabajo%20umsh/LIBROS%2014/Foucault%20Michel%20-%20Que%20Es%20Un%20Autor%20[Sicario%20Infernal].PDF)
- Foucault, M. (1998). *Las Palabras y las Cosas*. México: Siglo XXI.
- Foucault, M. (1999). *Estética, ética y hermenéutica*. Volumen III. Barcelona: Paidós.
- Foucault, M. (1999). *Estrategias de poder*. Barcelona: Paidós Iberica, S.A.
- Foucault, M. (2000). *Defender la sociedad*. En M. Foucault, *Defender la sociedad. Curso en el College de France (1975-1976)* (pág. 24). Buenos Aires (Argentina): Fondo de cultura económica.
- Foucault, M. (2003). *El yo minimalista y otras conversaciones*. Buenos Aires: La Marca.
- Foucault, M. (2006). *La Arqueología del Saber*. México: Siglo XXI editores.
- Foucault, M. (2006). *Seguridad territorio y población*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2007). *El nacimiento de la biopolítica*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2008). *Hermenéutica del sujeto*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2013). *Qué es usted, profesor Foucault?* Siglo XXI editores.
- Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud Programa de Medicina. (2009). *Proyecto Educativo Programa de Medicina*. Obtenido de <http://fucsalud.edu.co/index.php/es/documentos-institucionales>
- Fundación Universitaria Sanitas Organización Sanitas Internacional. (2007). *Proyecto Educativo Institucional*. Obtenido de <http://www.unisanitas.edu.co/index.php>
- Gaceta Médica. Hospital de Caridad Vol 7. (1865). *Análisis crítico*. Bogotá: Órgano de la Escuela de Medicina (GMOEM).
- Girón, M., Beviá, B., Medina, E. & Talero, M. (2002). *Calidad de la relación médico paciente y resultados de los encuentros*

clínicos en atención primaria de alicante: un estudio con grupos focales. en Rev. Esp. Salud Publica vol.76 no.5 Madrid oct. 2002. http://www.scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272002000500016

Gómes, L., & Jódar, F. (2003). Foucault y el análisis sociohistórico: sujetos saberes e instituciones educativas. *Educación y pedagogía Volumen XV, número 37*, 55-68.

González, F. (1976). *Los negroides*. Medellín: Bedout S.A.

Grinberg, S. (2008). Educación y poder. En S. Grinberg, *Gubernamentalidad y pedagogía*. Buenos Aires: Miño Davila.

Hernández de Alba, G., & Martínez Briceño, R. (1966). *De Hipócrates a Pasteur - Contribución para la historia de la medicina colombiana*. Bogotá: Schering corporation de cultura colombiana.

Hernández, N., Bohorquez, M., Montealegre, G., Rodríguez, F., & Díaz, M. (2003). *Propuesta Rediseño Curricular Programa de Medicina - Documento de Trabajo*. Ibagué: Documento localizado en archivo de la Facultad de Ciencias de la Salud Universidad del Tolima.

Hernández, V. & Ordoñez H. (2011). La mirada médica disciplinaria desde la perspectiva de la Medicina Social. *Salud Problema*, 50-58.

Junta General de Beneficencia. (1870). *Sesión del día 22 de octubre de 1870. Revista de los establecimientos de beneficencia Año 1, No 1, p.6-8*. Bogotá.

Junta General de la Beneficencia. (1870). *Informe de la comisión que examino la cuenta de la sindicatura del Hospital de Caridad, relativa al mes de setiembre ultimo*. Bogotá: Revista de los Establecimientos de Beneficencia. Año 1, No 2, 5 de diciembre.

Junta General de Beneficencia. (1872). *Código de Beneficencia. Libro único*. Bogotá: Revista de los establecimientos de beneficencia. Año 2, No.26 Julio 17.

Láin Entralgo, P. (1950). *La Historia Clínica Historia y Teoría del Relato Patográfico*. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas.

- Lain Entralgo, P. (1983). *La relación médico enfermo. Historia y teoría*. Madrid: Alianza.
- Lain Entralgo, P. (1998). *Teoría y realidad de otro*. Madrid: Alianza.
- Lain Entralgo, P. (2012). *La Medicina Hipocrática*. Obtenido de Historia universal de la medicina. Tomo II. Antigüedad clásica: <http://www.cervantesvirtual.com/nd/ark:/59851/bmc8d0h8>
- Lain Entralgo, P. (abril de 2014). *La amistad entre el médico y el enfermo en la Edad Media, discurso leído el 7 de junio de 1964 en su recepción pública, por el Excmo. Sr. Don Pedro Lain Entralgo y contestación del Excmo. Sr. Don Dámaso Alonso*. Obtenido de Biblioteca Virtual Miguel de Cervantes,: <http://www.cervantesvirtual.com/nd/ark:/59851/bmcqc1w7>
- Larrosa, J. (1995). Tecnologías del yo y educación (Notas sobre la construcción y la mediación pedagógica de la experiencia de sí). En J. Larrosa, *Escuela, poder y subjetivación*. Madrid: La Piqueta.
- Lázaro, J., & Gracia, D. (2006). *La relación médico-enfermo a través de la historia*. Recuperado el 2014, de An. Sist. Sanit. Navar. 2006; 29 (Supl. 3): 7-17.: <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v29s3/original1.pdf>.
- Leyes de Indias. (1538). *De los protomédicos, médicos, cirujanos y boticarios*. Tomo II. Libro V. Título seis.
- Libros virtuales Intramed. (s.f.). (s.f.). *Modelos de la relación médico-paciente*. Recuperado el 2014, de Libros virtuales Intramed.: http://www.intramed.net/sitios/librovirtual6/pdf/06_01.pdf
- Lincoln, Y., & Guba, E. (1985). *Investigación naturalista*. Newbury Park: Sage Publications.
- Londoño, J., & Frenk, J. (1986). *Pluralismo Estructurado: Hacia un modelo innovador para la reforma de los Sistemas de Salud en America Latina*. Bogotá: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Magariños de Morentin, J. (2013). *Claves y apropiación del pensamiento de Michel Foucault*. Obtenido de El mensaje publicitario: <http://www.magariños.com.ar/FOUCAULT-coment.html>
- Mahler, H. (1981). El sentido de "la salud para todos en el año 2000". *Foro Mundial de la Salud* v.2 n.1, 5-25.

- Malagón Londoño, G., Galán Morera, R., & Pontón Laverde, G. (2008). *Conferencia Mundial de Educación Médica, 1995. En: Administración Hospitalaria*. Bogotá: Editorial Médica Internacional. Obtenido de books.google.com.co: https://books.google.com.co/books?id=lrMCVNsvX70C&pg=PA496&lpg=PA496&dq=conferencia+mundial+de+educaci%C3%B3n+m%C3%A9dica;+1995++santa+fe+de+bogot%C3%A1,+colombia.&source=bl&ots=Jp3uUJLxcA&sig=kPtPntpPKqkWqovcYVy7xD6cbsw&hl=es-419&sa=X&ei=9bH_VNm4JIWfNuTU
- Marin, D., & Noguera, C. (2011). Educar es Gobernar. En R. A. Cortés Salcedo, & D. L. Marín Díaz, *Gubernamentalidad y Educación* (págs. 127-151). Bogotá: Instituto para la investigación educativa y el desarrollo pedagógico IDEP.
- Martín Hernández, R. (2006). *El Orfismo y la Magia, Tesis Doctoral en Filología Griega y Lingüística Indoeuropea*. Obtenido de Universidad Complutense de Madrid: <http://biblioteca.ucm.es/tesis/fll/ucm-t29556.pdf>
- Martínez Posada, J. E. (2009). Arqueología y genealogía para una nueva subjetividad: la ética del cuidado de sí. En J. E. Martínez Posada, & F. O. Neira Sánchez, *Miradas sobre la subjetividad* (págs. 131-158). Bogotá: Unisalle.
- Martínez Posada, J. E. (2010). *La universidad productora de productores*. Bogotá: Universidad de La Salle .
- Martínez Posada, J. E. (2014). *Subjetividad, biopolítica y educación una lectura desde el dispositivo*. Bogotá: Universidad de la Salle.
- Martínez Posada, J. (2015). La interacción entre biopolítica educación y subjetividad: La Universidad como Productora de productores desde una lectura foucaultiana. *Dialnet-La Interacción Entre Biopolítica Educación Y Subjetividad-5144557.pdf*, 173-188.
- Mesa Lago, C. (diciembre de 2005). *Las Reformas de Salud en América Latina y el Caribe: Su impacto en los principios de la seguridad social*. Obtenido de Comisión Económica para América Latina y

- el Caribe CEPAL. Documentos de proyectos N° 63: [http://www.eclac.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/.../xml/8/..](http://www.eclac.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/.../xml/8/)
- Ministerio de Educación Nacional. (2001). *Decreto 0917 de mayo 22 Por el cual se establecen los estándares de calidad en programas académicos de pregrado en Ciencias de la Salud*. Obtenido de Ministerio de Educación Nacional - diario oficial: www.mineducacion.gov.co/1621/article-87351.html
- Ministerio de Educación. (10 de Septiembre de 2003). *Decreto 2566*. Recuperado el 2014, de Presidencia de la Republica: http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-86425_Archivo_pdf.pdf
- Ministerio de Educación Nacional. (2003). *Resolución Número 2772 de noviembre 13 por el cual se definen las características específicas de calidad para los programas de pregrado en Ciencias de la Salud*. Bogotá: Ministerio de Educación Nacional.
- Ministerio de la Protección social (2003). *Acuerdo 003 Por el cual se adoptan los criterios de evaluación y verificación de los convenios docente-asistenciales necesarios para desarrollar los programas de pregrado o postgrado en el área de salud*. Recuperado el 2013, de Medicinan Universidad de Antioquia: <http://medicina.udea.edu.co/programas/Acuerdo%20000003.pdf>
- Ministerio de la Protección Social República de Colombia. (2004). *Programa de apoyo a la Reforma eb salud. Los recursos humanos de la salud en Colombia-balance, competencias y prospectiva*. Recuperado el 2014, de Ministerio de la Protección Social República de Colombia.: M <http://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/LOS%20RECURSOS%20HUMANOS%20DE%20LA%20SALUD%20EN%20COLOMBIA.pdf>
- Ministerio de salud. (1975). *Decreto 056 (enero 15).Diario Oficial No. 34260 de 19 de febrero de 1975, Por el cual se sustituye el Decreto-ley número 654 de 1974 y se dictan otras disposiciones*. Recuperado el 2013, de Minis-terio de salud: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Observatorio%20Talento%20Humano%20en%20Salud/3-ReferentesNormativos%20.pdf>

- Ministerio de Salud Pública. (13 de Noviembre de 1992). *Decreto 1849. Por el cual se crea, el Consejo Nacional para el Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud*. Recuperado el 2014, de Diario Oficial No 40.607, del 13 de noviembre de 1992: https://www.redjurista.com/documents/d1849_92.aspx
- Ministerio de Salud República de Colombia. (1993). *Ley 100 de diciembre 23. "Por la cual se crea el Sistema General de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones"*. Recuperado el 2014, de Alcaldía de Bogotá: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=>
- Ministerio de Salud. (1996). *Decreto 190 Por el cual se reglamentan la relación Docente Asistencial en el Sistema General de Seguridad Social en Salud*. Recuperado el 2012, de Ministerio de Salud, Diario Oficial No. 42.700, del 26 de enero de 1996: http://salud.univalle.edu.co/multimedia_docentes/info_abril05/nacional
- Ministerio de Salud. (2007). *Ley 1164. Por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud. Artículo 2º*. De los principios generales. Recuperado el 2013, de Ministerio de salud: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201164%20DE%202007.pdf
- Ministerio de salud. (2010) *Decreto 2376 Por medio del cual se regula la relación docencia - servicio para los programas de formación del talento humano del area de la salud"*. http://puj-portal.javeriana.edu.co/portal/page/portal/vice_academica/1documentos_vice/Decreto%20N%20FAMero%202376%201-jul-2010.pdf
- Ministerio de Salud y Protección Social, Academia Nacional de Medicina, Ministerio de Educación Nacional. (2014). *Perfil Y Competencias Profesionales Del Médico En Colombia*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social, Academia Nacional de Medicina, Ministerio de Educación Nacional.
- Montealegre, G. (2011). *Enfoques de enseñanza y enfoques de aprendizajes de la medicina de la Universidad del Tolima*. Ibagué: Red de Universidades estatales de Colombia.

- Morey, M. (1983). *Lectura de Foucault*. Barcelona : Tauros.
- Museo de Historia de la Medicina. (2006). Solicitud para dictar cátedra de medicina en el Real Colegio Mayor de San Bartolomé año de 163. En A. N. Medicina, *370 años de educación médica en Colombia* (págs. 1-22). Bogotá: Academia Nacional de Medicina.
- Noguera, C. (2003). *Medicina y Política: discurso médico y prácticas higienicas durante la primera mitad del siglo XX en Colombia*. Medellín: Fondo Editorial Universidad EAFIT.
- Oficina de la WFME. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Copenhague, Dinamarca. (14-16 de Octubre de 1999). *Informe del Grupo de Trabajo de la Federación Mundial para la Educación Médica (World Federation Medical Education) para la Definición de Estándares Internacionales para la Educación Médica de Pregrado. Copenhague, 14-16*. Obtenido de Revista Educación Médica Volumen 3 pag 158-169: <http://files.sld.cu/sccs/files/2010/09/9-estandares-internacionales-pregrado-1999.pdf>
- Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. (Marzo de 1957). *Seminarios Sobre la Enseñanza de la Medicina Preventiva*. Obtenido de http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/12345678_9/1309/40174.pdf?sequence=1
- Orgánico de la Instrucción Pública. (13 de Enero de 1893). *Decreto Número 0349 de 31 de diciembre de 1892*. Obtenido de Diario oficial 9,041, miércoles 11 de Enero de 1893 : http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-102504_archivo_pdf.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (1962). *Requisitos Mínimos Internacionalmente Admisibles para la Enseñanza de la Medicina*. Recuperado el 2013, de Organización Mundial de la Salud. : http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_239_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (6-12 de Septiembre de 1978). *Atención primaria de salud, Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud*. Obtenido de

Serie "Salud para Todos", No 1: <http://apps.who.int/iris/simple-search?query=atencion+primaria+de+salud&submit=Ir+>

Organización Mundial de la Salud. (Noviembre de 1986). *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*. Obtenido de Organización Panamericana de la Salud (OPS): http://www.paho.org/saludyuniversidades/index.php?option=com_content&view=article&id=5:health-promotion-ottawa-charter

Organización Mundial de la Salud Organización Panamericana de la Salud. (Enero/marzo de 1994). *Los cambios de la profesión médica y su influencia sobre la educación médica*. Recuperado el 2014, de Educación Medica y Salud Volumen 28, No. 1.: [iris.paho.org/.../Educación%20médica%20y%20salud%20\(28\),%201.pdf?...1](http://iris.paho.org/.../Educación%20médica%20y%20salud%20(28),%201.pdf?...1)

Organización Panamericana de la Salud. (Septiembre de 1978). *Declaración de Alma - Ata*. Obtenido de Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud: http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm

Organización Panamericana de la Salud. (1987). *Principios Básicos Para la Acción de la Organización Panamericana de la Salud, 1987-1990*. Organización Panamericana de la Salud.

Organización Panamericana de la Salud Organización Mundial de la Salud. (14 de Septiembre de 1988). *Declaración de Edimburgo*. Obtenido de Informe Sobre la Conferencia Mundial de Educación Médica de la Federación Mundial para Educación Médica: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/1494/CD33.R12sp.pdf?sequence=2>

Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. (1992). *Declaración de Bogotá Conferencia Internacional de Promoción de la Salud en América Latina*. OPS/OMS. . Recuperado el 2014, de OPS - OMS: <http://www.bvsde.ops-oms.org/bvsdeps/fulltext/DeclaraciónBogota.pdf>

Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. (Enero/marzo de 1995). *Declaración de Uruguay sobre educación médica*. Obtenido de Educación Médicoa y

Salud Volumen 29, No. 1: <http://hist.library.paho.org/Spanish/EMS/19770.pdf>

Organización Panamericana de la Salud Organización Mundial de la Salud. (23-27 de junio de 2003). *132 Sesión del Comité Ejecutivo /13. Punto 4,5 del orden del día provisional*. Obtenido de Atención Primaria de la Salud en las Américas: las enseñanzas extraídas a lo largo de 25 años y los retos futuros: <http://www1.paho.org/spanish/gov/ce/ce132-13-s.pdf>

Organización Panamericana de la Salud. Oficina Sanitaria Panamericana, Organización Mundial de la Salud. (1990 Octubre/diciembre). *Desarrollo de los recursos humanos en salud: experiencias en las Américas*. Educación Médica y Salud. Volumen 24, No. 4 . Obtenido de ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD: EXPERIENCIAS EN LAS AMÉRICAS Volumen 24, No. 4 Octubre/diciembre 1990.

Ospina, J., Manrique, F., & Martínez, A. (2012). *La Formación de Médicos Generales según los Requerimientos del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia*. Recuperado el 2014, de Revista Colombiana de Anestesiología. Vol.40 No.02: <http://www.elsevier.es/es/revistas/revista-colombiana-anestesiologia-341/la-formacion-medicos-gerales-segun-los-requerimientos-90133232-r>

Pardell, H. (2004). *Monografías humanitas. La profesión médica: los retos del milenio, no. 7*. Recuperado el 18 de Marzo de 2014, de Pardell, H. (2004). El nuevo profesionalismo médico. Una ideología expresada en conductas. En: Monografías humanitas. La profesión médica: los retos del milenio, no. 7. Recuperado de <http://www.fundacionmhm.org/pdf/Mono7/Articulos/articulo2.pdf>: Pardell, H. (2004). El nuevo profesionalismo médico. Una ideología expresada en conductas. En: Monografías humanitas. La profesión médica: los retos del milenio, no. 7.

- Recuperado de <http://www.fundacionmhm.org/pdf/Mono7/Articulos/articulo2.pdf>
- Patiño Restrepo, J. F. (2011). *Humanismo, Medicina y Ciencia. Colección Obra Selecta*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Vicerrectoría Académica.
- Piedrahita, C. D. (2012). *Subjetividades políticas: desafíos y debates latinoamericanos*. Bogotá: Universidad Distrital Francisco José de Caldas. Bogotá: Piedrahita, C., Díaz, A. & Vommaro, P. (2012). *Subjetividades políticas: desafíos y debates latinoamericanos*. Bogotá: Universidad Distrital Francisco José de Caldas.
- Plata Azuero, M. (1875). *Informe presentado a la Junta General de Beneficencia, por el profesor de clínica en el departamento de mujeres*. Bogotá: Revista de los Establecimientos de Beneficencia. Año 3, No.73, Mayo 15.
- Pontificia Universidad Javeriana. (2013). *Carrera de medicina*. Recuperado el 2015, de Facultad de medicina: <http://www.javeriana.edu.co/carrera-medicina>
- Presidencia de la República de Colombia. (3 de Agosto de 1994). *Decreto 1757 por el cual se organizan y se establecen las modalidades y formas de participación social en la prestación de servicios de salud*. Recuperado el 2014, de Secretaría General de la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. : <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=21850>
- Presidencia de la República (2010). *Decreto 1295. Por el cual se reglamenta el registro calificado de que trata la Ley 1188 de 2008 y la oferta y desarrollo de programas académicos de educación superior*. Recuperado el 2014, de Presidencia de la República de Colombia: <http://www.mineducacion.gov.co/1621/articulos-229430-archivo-pdf>
- Programa de Apoyo a la Reforma de Salud. (Diciembre de 2004). *Los Recursos Humanos de la Salud en Colombia - Balance, competencias y prospectiva*. Obtenido de Ministerio de la Protección Social República de Colombia: <http://www.minsalud.gov.co/salud/>

Documents/LOS%20RECURSOS%20HUMANOS%20DE%20LA%20SALUD%20EN%20COLOMBIA.pdf

- Programa de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud, OPS. (Enero/marzo de 1990). *Recursos humanos en salud: la próxima década parte I*. Obtenido de Educación Médica y Salud, Volumen 24 No 1: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/3242/Educaci%C3%B3n%20m%C3%A9dica%20y%20salud%20%2824%29,%203.pdf?sequence=1>
- Quevedo, E. (1993). La institucionalización de la medicina en Colombia: antecedentes de un proceso. En E. Quevedo, *Historia Social de la Ciencia en Colombia Volumen 7* (págs. 149 - 166). Bogotá: Colciencias - Tercer Mundo.
- Quevedo, E., & Duque, C. (2002). Historia de la cátedra de medicina en el Colegio Mayor del Rosario durante la Colonia y la República, 1653-1895. En U. d. Rosario, *Cuadernos de Historia del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario*. Bogotá: Universidad del Rosario.
- Quevedo V, E., Pérez R, G. E., Miranda, N., Eslava C, J. C., & Hernández A, M. (2008). *Historia de la medicina en Colombia Tomo II. De la medicina ilustrada a la medicina anatomoclínica (1782 - 1865)*. Bogotá: Norma.
- Quevedo V, E., Perez R, G., Miranda C, N., Eslava C, J., & Hernández, M. (2008). *Historia de la medicina en Colombia Tomo I. Prácticas Médicas en Conflicto*. Bogotá: Norma.
- Quevedo V., E., Pérez R, G. E., Miranda C, N., Eslava C, J. C., & Hernández, M. (2010). *Historia de la Medicina en Colombia Tomo III. Hacia una Profesión Liberal (1865-1918)*. Bogotá: Tecnoquímicas.
- Quiceno Castrillón, H. (2003). *Crónicas de la educación en Colombia*. Bogotá: Cooperativa Editorial Magisterio.
- Quiceno C, H. (2011). La Pedagogía: Una perspectiva ética del documento. En O. L. Zuluaga C, A. Echeverri S, A. Martínez B, H. Quiceno C, J. Saenz O, & A. Alvarez G, *Pedagogía y Epistemología* (págs. 215-241). Bogotá: Magisterio.

- Renjifo, P. (1874). *Informe del profesor de anatomía patológica especial*. Bogotá: Revista de los establecimientos de Beneficencia. Año 3, No. 71, Marzo 1.
- Restrepo Zea, E. (1997). La Fundación de la Universidad Nacional. Su primer debate: 1870. En U. N. Colombia, *Universidad Nacional de Colombia 130 años de Historia* (págs. 13-21). Bogotá.
- Restrepo, C. y otros. (2008). *Genealogías de la colombianidad. Formaciones discursivas y tecnologías de gobierno en los siglos XIX y XX*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana
- Rolnik, S., & Guattari, F. (2005). *Micropolítica. Cartografías del deseo*. Madrid: Vozes Ltda.
- Romero, A. (1990). *Historia de la Práctica Social de la Medicina en Colombia. Tomo I. Periodos Precolombino y Colonia*. Medellín: Computexto.
- Romero, A. (1996). *Historia de la Medicina Colombiana Siglo XIX*. Bogotá: Colciencias Universidad de Antioquia.
- Romero, M. (1960). *Fray Juan de los Barrios y la evangelización del Nuevo Reino de Granada*. Bogotá: Biblioteca Central, Universidad Nacional de Colombia: Academia Colombiana de Historia.
- Rose, N. (2012). *Políticas de la vida. Biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI*. La Plata: Editorial Universitaria UNIPE.
- Rozo, R., & Escobar, E. (2011). La Educación médica en Colombia. *Revista Médica*, 19.
- Sierra Merlano, R. (2009). *Los profesionales médicos en Cartagena 1908-1962. Un Modelo estatal, centralizado, anatomoclínico e individual*. Repositorio de tesis - Rudecolombia.
- Silva, R. (2004). *Saber, cultura y sociedad en el Nuevo Reino de Granada, siglos XVII y XVIII*. Medellín: La Carreta.
- Sociedad Española de Educación Médica, Federación Panamericana de Facultades y Escuelas de Medicina (FEPAFEM), Asociación de Facultades de Medicina de Chile (ASOFAMECH) y Otros. (24 de Octubre de 2001). *Declaración de Granada sobre estándares en la Educación Médica de Pregrado*. Obtenido de Revista Médica

- Cubana Volumen 18-1-04: http://bvs.sld.cu/revistas/ems/vol18_1_04/ems08104.htm
- The World Federation of Medical Education. (Septiembre de 1998). *International standards in medical education: assessment and accreditation of medical schools- educational programmes. A WFME potition paper. The Executive Council*. Obtenido de Medical education, Volume 32, pages 549-558: http://www.readcube.com/articles/10.1046%2Fj.1365-2923.1998.00302.x?r3_referer=wol&tracking_action=preview_click&show_checkout
- UNESCO. (9 de Octubre de 1998). *Declaración Mundial sobre la Educación Superior en el siglo XXI: Visión y acción*. Obtenido de Conferencia Mundial sobre la Educación Superior: http://www.unesco.org/education/educprog/wche/declaration_spa.htm
- Universidad de Caldas. (1 de Enero de 1900). *Plan institucional de actividad académica*. Obtenido de Investigación epidemiológica: http://acad.ucaldas.edu.co/piaas/Default2.aspx?cod_materia=G9E0001&tipo=1
- Universidad de Caldas. (Junio de 2006). *Acreditación Programa Medicina*. Obtenido de Informe de Autoevaluación con fines de reacreditación: http://salud.ucaldas.edu.co/index.php?option=com_content&view
- Universidad de Caldas. (19 de Agosto de 2008). *Plan institucional de actividad académica*. Obtenido de Salud Pública: http://acad.ucaldas.edu.co/piaas/Default2.aspx?cod_materia=G9E0050&tipo=1
- Universidad de Caldas. (20 de Octubre de 2008). *Plan institucional de actividad académica*. Obtenido de Práctica Médica Integrada: http://acad.ucaldas.edu.co/piaas/Default2.aspx?cod_materia=G9E0056&tipo=1
- Universidad de Caldas. (6 de Octubre de 2008). *Plan institucional de actividad académica*. Obtenido de Legislación en Salud y Seguridad Social: http://acad.ucaldas.edu.co/piaas/Default2.aspx?cod_materia=G9E0054&tipo=1

- Universidad de Caldas. (19 de Agosto de 2008). *Plan institucional de actividad académica*. Obtenido de Diseño de proyectos de intervención : http://acad.ucaldas.edu.co/piaas/Default2.aspx?cod_materia=G9E0049&tipo=1
- Universidad de Caldas. (3 de Junio de 2009). *Plan institucional de actividad académica*. Obtenido de Humanidades Médicas I: http://acad.ucaldas.edu.co/piaas/Default2.aspx?cod_materia=G9E0065&tipo=1
- Universidad de Caldas. (3 de Junio de 2009). *Plan institucional de actividad académica*. Obtenido de Humanidades Médicas III: http://acad.ucaldas.edu.co/piaas/Default2.aspx?cod_materia=G9E0066&tipo=1
- Universidad de Caldas. (24 de Febrero de 2009). *Plan institucional de actividad académica*. Obtenido de Dilemas éticos en medicina: http://acad.ucaldas.edu.co/piaas/Default2.aspx?cod_materia=G9E0063&tipo=1
- Universidad de Caldas. (3 de Junio de 2009). *Plan Institucional de actividad académica*. Obtenido de Actividad académica: Humanidades Médicas II: http://acad.ucaldas.edu.co/piaas/Default2.aspx?cod_materia=G9E0064&tipo=1
- Universidad de Caldas. (12 de Abril de 2010). *Plan institucional de actividad académica*. Obtenido de Medicina Interna I: http://acad.ucaldas.edu.co/piaas/Default2.aspx?cod_materia=G9F0279&tipo=1
- Universidad de Caldas. (2013). *Proyecto Educativo del Programa de Medicina PEP*. Obtenido de Facultad de Ciencias para la Salud: <https://udecaldas.files.wordpress.com/2014/05/anexo18-proyecto-educativo-programa-medicina.pdf>
- Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales Facultad de Medicina. (2010). *Proyecto Educativo Programa de Medicina*.
- Universidad de la Sabana . (2014). *Programa de medicina*. Recuperado el 2014, de Facultad de medicina.
- Universidad de los Andes. (2014). *Facultad de Medicina*. Obtenido de Plan de estudios: <http://medicina.uniandes.edu.co/index.php/es/programass/pregrado/planestudios>

- Universidad del Cauca Facultad de Ciencias de la Salud Programa de Medicina. (2009). *Proyecto Educativo del Programa de Medicina, Fundamentos para la renovación curricular*. Obtenido de portal.unicauca.edu.co › ... › Facultades › Facultad de Ciencias de la Salud
- Universidad del Quindío Facultad de Ciencias de la Salud. (Octubre de 2002). *Proyecto Educativo de la Facultad de Ciencias de la Salud*. Obtenido de portalanterior.uniquindio.edu.co/fac/salud/index.php?option
- Universidad del Tolima. (1981). *Convenio entre las Universidades del Tolima y Nacional de Colombia y el Servicio Seccional de Salud del Tolima para el Desarrollo de Programas Docentes-Asistenciales*. Ibagué
- Universidad del Tolima, Programa de Medicina . (2013). *Condiciones de calidad para solicitud renovación de Registro Calificado*. Ibagué: Documento elaborado y conservado en la Facultad de Ciencias de la Salud.
- Universidad del Tolima. (15 de mayo de 2015). *Investigación*. Obtenido de Semilleros de investigación: <http://www.ut.edu.co/administrativos/index.php/inves/semilleros>
- Universidad Nacional. (Junio de 1932). *Resumen histórico*. Obtenido de Revista de la Facultad de Medicina: <http://www.bdigital.unal.edu.co/24853/1/22072-75806-1-PB.PDF>
- Universidad Nacional de Colombia, Centro de Investigaciones para el Desarrollo-CID, Facultad de Medicina. (1995). *Estudio de Prefactibilidad para la Creación de un Programa de Medicina en la Universidad del Tolima*. Santafé de Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Universidad Nacional de Colombia. (2014). *Proyecto Educativo de Programa Medicina*. Obtenido de Autoevaluación y seguimiento de la calidad de los programas de pregrado: <http://www.unal.edu.co/dirnalpre/programas.html>
- Universidad Tecnológica de Pereira. (19 de Agosto de 2010). *Facultad de Ciencias de la Salud Programa Medicina*. Obtenido de Materno

- Infantil I: <http://blog.utp.edu.co/maternoinfantil/materno-infantil-i/generalidades/>
- Universidad Tecnológica de Pereira. (22 de Septiembre de 2011). *Facultad de Ciencias de la Salud Programa Medicina*. Obtenido de Medicina del adulto Blog para los estudiantes de medicina: <http://blog.utp.edu.co/medicina deladulto/medicina-interna-i/>
- Universidad Tecnológica de Pereira. (Febrero de 2012). *Facultad de Ciencias de la Salud Programa Medicina*. Obtenido de Departamento de Ciencias Cínicas Asignatura Clínicas Quirúrgicas: <http://blog.utp.edu.co/cirugia/files/2012/08/Clinicas-Quir%C3%BArgicas-Programa.pdf>
- Universidad Tecnológica de Pereira. (20 de Junio de 2013). *Proyecto Educativo Programa de Medicina*. Obtenido de Facultad de Ciencias de la Salud: <http://academia.utp.edu.co/basicoclinica/files/2012/04/PROYECTO-EDUCATIVO-PROGRAMA-DE-MEDICINA-%E2%80%93-UTP-2013-%E2%80%93-v01.pdf>
- Vasco, C. E. (1989). *Algunas reflexiones sobre la pedagogía y la didáctica*. Recuperado el 2014, de Pedagogia discurso y poder: Virtual. ustadistancia.edu.co
- Veiga, A., & Corcini, M. (2011). Gubernamentalidad, biopolítica e inclusión. En & D. R. A. Cortés Salcedo, *Gubernamentalidad y educación. Discusiones contemporáneas* (págs. 105-126). Bogotá: Instituto para la Investigación Educativa y el Desarrollo Pedagógico IDEP.
- Vieja-Neto, A. (2011). La actualidad de Foucault para la educación . En O. L. Zuluaga, *Foucault, la pedagogia y la educación* (págs. 229-250). Bogotá: Magisterio.
- Vitarelli, M. (2010). *Educación superior y cambio*. Buenos Aires: Mnemosyne.
- Zaballos, A., & Peñaranda, M. (2013). <http://atheneadigital.net>. Recuperado el 11 de Marzo de 2014, de atheneadigital: www.atheneadigital.net

- Zerda, L. (1890). Informe del Rector de la Facultad de Ciencias Naturales y Medicina al Congreso Nacional de 1890. En M. d. Pública, *Colombia*. Bogotá: Imprenta de la Luz.
- Zuluaga, O. L. (1987). *Pedagogía e historia*. Bogotá: Foro por Colombia.
- Zuluaga, O. L., & al., e. (2011). *La pedagogía y la educación. Pensar de otro modo*. Bogotá: Universidad Pedagógica Nacional.

