

Ontología crítica de las prácticas formativas en medicina y enfermería

Critical Ontology of the Training Practices in Medicine and Nursing

Fecha de recepción: 10 DE OCTUBRE DE 2017 / Fecha de aceptación: 12 DE JULIO DE 2018 / Fecha de disponibilidad en línea: ENERO DE 2019



doi: 10.11144/Javeriana.m11-23.ocpf

JORGE ELIÉCER MARTÍNEZ-POSADA
jormartinez@unisalle.edu.co
UNIVERSIDAD DE LA SALLE, COLOMBIA
<https://orcid.org/0000-0003-4377-6872>

NELLY HERNÁNDEZ-MOLINA
nhernandezmo@ut.edu.co
UNIVERSIDAD DEL TOLIMA, COLOMBIA
<https://orcid.org/0000-0003-4322-6811>

LUZ MERY HERNÁNDEZ-MOLINA
lmhernandezmo@unal.edu.co
UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA, COLOMBIA
<https://orcid.org/0000-0003-3327-7439>

Resumen

Artículo resultado de investigación de dos tesis doctorales en ciencias de la educación, relacionadas con las prácticas de formación en enfermería y medicina, con el objetivo de visibilizar el entramado de relaciones entre los discursos y las prácticas discursivas presentes en la educación de médicos y enfermeras en Colombia, entre 1992 y 2014. Se hizo uso de la arqueología y la genealogía como herramientas metodológicas que permitieron mostrar grandes cambios, asociados a las condiciones de salud, que en el ámbito universitario visibilizan las prácticas que tienen lugar en el orden curricular.

Palabras clave

Ontología; educación superior; ciencias de la salud

Abstract

This article derived from a research conducted for two doctorate degree projects in education sciences. These projects dealt with the training practices in nursing and medicine in order to make visible the relations entanglement of discourses and discursive practices present in the education programs for nurses and physicians in Colombia, from 1992 to 2014. Archaeology and genealogy were used as methodological tools enabling to disclose great changes –related to the health care conditions– made visible through the practices taking place in the curricular field within the college environment.

Keywords

Ontology; higher education; medical sciences

Para citar este artículo / To cite this article

Martínez-Posada, J. E.; Hernández-Molina, N. & Hernández-Molina, L. M. (2019). Ontología crítica de las prácticas formativas en medicina y enfermería. *magis, Revista Internacional de Investigación en Educación*, 11 (23), 135-150. doi: 10.11144/Javeriana.m11-23.ocpf

Introducción

Artículo que problematiza algunas prácticas discursivas y no discursivas, presentes en la formación de los programas de pregrado de enfermería y medicina que se ofrecen en Colombia.

Es importante señalar que las problematizaciones son

una respuesta a una situación concreta que es real. Por tanto se trata de un tipo de creación, en el sentido que [...], se puede inferir que este tipo de problematización seguirá [...] sin ser por ello un efecto o consecuencia de un contexto histórico o situación, es una respuesta dada por los individuos definidos [...] que permite entenderla como una contestación a un aspecto concreto y específico del mundo. Hay la relación de pensamiento y realidad en el proceso de problematización (Foucault, 1988, pp. 16-17).

Tal como lo refiere Eduardo Restrepo (2008), las problematizaciones aquí planteadas, al enmarcarse en el enfoque foucaultiano, corresponden a una estrategia analítica que se ocupa de los regímenes de verdad (o, más precisamente los de “veridicción” y “jurisdicción”) en que determinados problemas aparecen como objetos del pensamiento y pueden llegar a plasmarse en programas o tecnologías concretas.

Congruente con la perspectiva posestructuralista, desde la cual se plantea el artículo, la educación es asumida, como práctica de gobierno constituida por discursos y prácticas no discursivas “producidas y transmitidas bajo el control no exclusivo de aparatos políticos o económicos” (Foucault, 1979, p. 188), que determinan el “comportamiento real de las personas en relación con las disposiciones que son impuestas sobre ellas” (Foucault, 2003, p. 62).

La educación en ciencias de la salud como práctica gubernamental, tiene por objeto “producir profesionales”, desde una lógica en la que la educación hace posible constituir sujetos cuyos atributos les permitan resolver las diversas problemáticas en salud, en un determinado contexto y tiempo.

De este modo, la educación en las diferentes disciplinas de las ciencias de la salud ofrece al estudiante un conjunto de competencias que se adaptan a las necesidades a las que sirve, a los sistemas de salud en los que ha de trabajar, y a las expectativas de los miembros de la sociedad a la que prestará sus servicios.

Las competencias son definidas en instancias internacionales, por organizaciones y profesionales de sectores económicos, sociales, políticos y de salud, que procuran asegurar un cuidado de la salud accesible, eficiente y de calidad, a partir de la distribución y delegación de las tareas entre los diferentes profesionales de salud (GCSA, 2010).

Así mismo, se ha procurado humanizar el currículo pues —como lo propone Foucault— su objeto de saber y de práctica ha de ser el individuo; haciendo énfasis en la formación integral de los futuros profesionales, desde la perspectiva del adiestramiento de los profesionales de la salud definida como aquella en la 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 socioeconómico (De Moraes Novaes, 1990, pp. 366-367).

Descripción del artículo | Article description

Artículo derivado de la plataforma teórico-metodológica soportada en los desarrollos teóricos de Michel Foucault, constituida por las tesis de doctorado *Prácticas de educación superior que constituyen sujetos y posibilitan la emergencia de subjetividades en enfermería* de Luz Mery Hernández Molina, *Prácticas Gubernamentales de la Educación Médica en Colombia 1992-2014. Condiciones de posibilidad de relación Médico – Paciente* de Nelly Hernández Molina y *Análisis de los discursos gubernamentales sobre la educación superior como lugar de producción biopolítica de la subjetividad en Colombia, 1991-2005* de Jorge Eliecer Martínez, las cuales están inscritas en la *Línea de investigación currículo y sociedad*, del Doctorado en Ciencias de la Educación que ofrece la Red de Universidades Estatales de Colombia – Universidad del Tolima.

Enfatiza en problematizaciones planteadas, en torno a la educación superior en el área de Ciencias de la Salud, en particular en los programas de formación de médicos y enfermeras; con el propósito de visibilizar el entramado de relaciones entre los discursos y las prácticas que circulan en estos a partir de la década de los 90.

Esta intencionalidad implica intervenir en el modelamiento de actitudes, comportamientos, valores, intereses, desempeños técnicos, saberes y conocimientos, a través de currículos orientados hacia actividades fuera de los ambientes hospitalarios con acompañamiento docente y cursos distribuidos en áreas de formación específicas: área disciplinar, profesional, social humanística, clínica, básica, salud pública, salud mental, entre otras, que se pueden observar en los diferentes planes de estudio vigentes en Colombia.

Como lo plantean Tomás Sánchez Amaya y Francisco Antonio Arias Murillo (2012), la distribución por áreas de formación específica 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 —al conocer— posibilita intervenir aquello que se conoce.

De esta forma, se mapean en el currículo las posibles posiciones de los sujetos 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, 1986).

Como lo plantea Jorge Eliécer Martínez Posada (2015), aunque el sujeto ha sido determinado por la época y tan solo es atravesado por el pensamiento que da cuenta de las condiciones históricas y opera sobre un plano social, lo que da lugar a unos modos generales de actuar; 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 haría falta evidenciarlos.

El sujeto profesional integral que se procura constituir se complementa arqueológicamente con la integralidad del proceso de educación, adelantado desde estrategias y temáticas específicas, que se han desplazado de la educación centrada en la enfermedad, el hospital, el laboratorio, el cadáver, la atención al individuo, la enseñanza y los docentes, a una educación centrada en la salud, el individuo inserto en su familia y en su comunidad, el aprendizaje y agenciamiento del estudiante; en la que hospital, cadáver y laboratorio toman importancia para la formación de posgrado.

Algunos aspectos generales

La educación ha sido definida desde diversas perspectivas, según el contexto histórico, social, político y económico desde el cual se lea.

Para efectos de este artículo se adopta lo propuesto por Humberto Quiceno Castrillón (2011), a fin de ilustrar la influencia epocal en el proceso educativo: en el siglo XVI, la educación era considerada una totalidad abstracta, general y global, que se antepone a los individuos, es decir, si para los antiguos, no había

una separación entre el llegar a saber y el saber de la educación, [a partir del siglo XVI se diferencia entre] los sujetos empíricos, individuales subjetivos que no saben, y por otra parte sujetos que al ser educados saben qué son (Quiceno Castrillón, 2011, p. 231).

Entre los siglos XVI y XIX, hay un desplazamiento desde lo vivencial (práctica) propio de la antigüedad, a formas de representación a través de conjuntos de discursos en la modernidad; más tarde, entre los siglos XIX y XX, tiene lugar otro desplazamiento: de la diferencia radical entre la experiencia y el discurso, se da paso a la integración bidireccional teórico-práctica; de este modo, las experiencias y vivencias se constituyen en fuente y validación de los nuevos discursos, en procura de que la educación del sujeto se refleje en la vida de este.

Sin embargo, es notable la brecha entre los postulados teóricos, los discursos y la implementación de estos en las prácticas

con las reformas educativas, las leyes, las instituciones [...] la educación se dirigió a la creación de una cultura de especialistas, de profesionales, de eruditos que separaron la cultura, la ciencia, la filosofía, el saber, y la verdad; de la vida individual, de la inmediatez de la existencia, del entramado de la vida y de cada vida (Quiceno Castrillón, 2011, p. 233).

Desde la década de los 90, se ha acentuado el carácter representativo de la educación, en los discursos homogeneizantes, reflejados en productos institucionales que a través de los proyectos educativos institucionales, registros calificados, acreditaciones institucionales e internacionales, por mencionar algunos, procuran cumplir con el nuevo régimen de veridicción instituido por procesos de Calidad de la Educación Superior.

En tal sentido, las prácticas discursivas de la educación superior en ciencias de la salud son cada vez más resultado de las políticas de gobierno definidas desde instancias internacionales, que de los avances disciplinares o las necesidades locales; con lo cual se distancia del sujeto social en pos de acercarse al objeto de la formación, lo que da lugar a una brecha entre la sujeción como producto de la conducción de las conductas por parte de otros, que excede al campo de las diversas disciplinas, y la subjetivación como producto de la conducción de la conducta de sí sobre sí, en la vida cotidiana.

La educación superior en ciencias de la salud a comienzos del siglo XX se enfrentaba a la demanda de devenir más científica y efectiva en la creación de profesionales de la salud, según quedó reflejado en el informe de Abraham Flexner (1910), mientras que un siglo después fue confrontada con un conjunto de retos distintos entre los que se destacan la mejora de calidad, equidad, relevancia y efectividad en la provisión de los servicios asistenciales, adecuación a las prioridades sociales y económicas, con la consecuente redefinición de los roles para los profesionales de la salud (GCSA, 2010).

Desde esta prescripción, los ministerios de salud y educación, las instituciones formadoras y los representantes de instituciones públicas relacionadas con salud y con educación procuran articularse a través de políticas que dan una coherencia posible en la producción y utilización del personal adiestrado (OPS, 2008), lo cual para el caso de Colombia se logra a través del contexto docencia-servicio, cuyo carácter de tecnología de gobierno “reconoce y destaca (como) la característica central de proceso integral [...], la base política y conceptual de la ecuación ‘formación-trabajo-empleo’, en los sistemas de servicios de salud contemporáneos” (Colombia, Ministerio de la Protección Social, 2004), de tal forma que los profesionales de la salud son sujetados desde el proceso de formación.

De este modo, el trabajo es introyectado como elemento constitutivo de la racionalidad del sujeto, en la que el estudiante —al acceder al servicio educativo— invierte para adquirir competencias profesionales “aptitud

de trabajar, idoneidad, poder de hacer algo" (Foucault, 2007, p. 263), al desempeñarse en los campos de trabajo en calidad de estudiante, entra en una lógica de devenir empleable y para ello invierte en sí mismo, mediante actividades como tiempo extendido en los turnos, asistencia a eventos de carácter académico, prestación de servicios comunitarios organizados por equipos de estudiantes, por mencionar algunas estrategias extracurriculares con las que busca afianzar sus competencias. "Este esfuerzo personal hará que los sujetos tengan orgullo de sí mismos, se superen, cultiven sus potencialidades, gestionen sus propios riesgos" (Castro Gómez, 2013, p. 207).

Es importante precisar la diferencia entre *resultados de aprendizaje*, *objetivos* y *competencias*, conceptos todos ellos vinculados al proceso de enseñanza y aprendizaje: los resultados de aprendizaje se centran en el estudiante, lo que este pueda conocer, comprender y demostrar después de haber completado un proceso de aprendizaje; los objetivos se corresponden con la intención del profesor, lo que este planea enseñar. Ambos se logran al finalizar cada curso, mientras que las competencias implican el uso integrado de conocimientos, habilidades y actitudes en la acción, son producto de la articulación de diferentes áreas y se logran hasta finalizar la formación profesional (Carreras i Barnés, Branda, Castro Salomó, Fenoll Brunet & Gual Sala, 2009).

Así, por ejemplo, para adquirir la competencia de atender un parto normal, los estudiantes deben adquirir conocimientos relacionados con los cursos de anatomía, fisiología, embriología, fisiopatología, semiología y salud reproductiva y neonatal.

Educación en enfermería

La educación en enfermería tiene como antecedente relevante el interés de Florence Nightingale por ofrecer enseñanza de un núcleo de saberes particulares a aquellas mujeres que deseaban ejercer la enfermería. Los discursos producidos por Nightingale sobre enfermería constituyeron el fundamento para establecer escuelas de enfermería en diferentes países del mundo (Attewell, 1998, p. 176).

Florence Nightingale en 1890 trató por primera vez de diferenciar entre enfermería y medicina; ella argumentó que "estas dos profesiones tienen una perspectiva diferente del concepto de salud". Así, mientras la medicina se centra en diagnosticar y curar la enfermedad, la enfermería se encarga de entender el significado de la enfermedad en el contexto del mundo del paciente; es decir, integra las dimensiones biológica, social y cultural de la vida humana incluyendo todas sus mediaciones (Santacruz Caicedo, 2006, p. 8).

Jacqueline Fawcett (2000) plantea que la educación en enfermería ha permitido su desarrollo como profesión y como disciplina:

como profesión toma parte en los esfuerzos para mejorar la calidad de vida, al tratar de resolver los problemas que se interponen o influyen en su logro. Como disciplina es un terreno del conocimiento que evoluciona de manera independiente y tiene una forma individual de interpretar los fenómenos de su competencia: el cuidado y la salud (Fawcett, 2000, p. 111).

Sustentada en saberes propios y en otros, derivados de las ciencias básicas, sociales y humanas, la enfermería tiene un cuerpo de conocimientos que evoluciona en torno a las particularidades propias de su saber (Durán de Villalobos, 2001).

Algunos referentes históricos enfatizan el desarrollo de la enfermería a partir de la influencia religiosa, en procura de que los valores marcados por el cristianismo y la religiosidad evidenciaran una práctica de servicio al prójimo y de vocación personal, que se ejercía como caridad cristiana. El paciente era concebido como una persona hecha a imagen y semejanza de Dios, para reforzar un modelo vocacional al quehacer ocupacional, que se reflejó en la posición y remuneración de las enfermeras en los diferentes escenarios del ejercicio profesional (Velandia Mora, 1995).

La educación en enfermería en América Latina se inició en la última década del siglo XIX y los primeros años del siglo XX. Primero, en Argentina y Cuba en 1890 y después en Colombia en 1903, Chile en 1905 y México en 1907. La enseñanza se impartía en momentos de coyuntura: calamidades, epidemias, conflictos militares y campañas sanitarias. Estas escuelas expidieron títulos y diplomas diversos como el de *enfermeras visitadoras*, *enfermeras comadronas*, *enfermeras parteras* y *enfermeras hospitalarias* (Castro Agudelo, 2012).

Así mismo, las prácticas educativas fueron organizando el “deber ser” de la enfermera —o el enfermero— y se concretaron en 1958, con la ampliación a cuatro años de la carrera de Enfermería; así, emergió la licenciada en Enfermería, soportada en un cambio curricular orientado a la administración hospitalaria y a la educación del personal de enfermería a su cargo (Velandia Mora, 1992).

El trabajo de María Mercedes Durán de Villalobos (2001) muestra cómo a partir de los años 60, en algunos programas de educación superior, se empiezan a introducir contenidos propios de la conceptualización del cuidado como objeto de estudio de la profesión, cabría entonces preguntar: ¿cuáles son las razones que llevaron a que el cuidado humano sea el objeto de estudio de enfermería? De acuerdo con algunos registros, no todos los programas lo acogieron ya que se encuentran currículos que continúan los énfasis biomédicos, tal vez dados por las demandas del mercado laboral, que además requirieron dos nuevos roles, el administrativo y el docente como respuesta a las prescripciones de los sistemas de salud y de educación.

A partir de la década de los 80, se registran como acontecimientos en los procesos educativos, la transformación de los programas de nivel tecnológico a profesional; posteriormente, a comienzo de los años 90, todos los programas de enfermería adquirieron nivel universitario. En esta misma década se empezaron a desarrollar la formación de posgrado hasta el nivel de doctorado y se impulsó la investigación como eje que articula la formación de la comunidad académica.

Sin duda, un acontecimiento singular en el curso de la educación en enfermería en Colombia es la reforma a la educación superior a través de la Ley 30 de 1992, en lo relacionado con el Capítulo V, artículo 53 “Créase el Sistema Nacional de Acreditación para las instituciones de Educación Superior cuyo objetivo fundamental es garantizar a la sociedad que las instituciones que hacen parte del Sistema cumplen los más altos requisitos de calidad y que realizan sus propósitos y objetivos”. Como parte de este Sistema, se crea el Consejo Nacional de Acreditación (CNA), reglamentado por el Decreto 2904 de 1994 con lo que, en las guías de autoevaluación de los programas de pregrado se recomendó incluir el objeto de estudio; esto hizo que los programas de enfermería replantearan los currículos alrededor del cuidado.

Este hecho posibilitó el giro que se dio en las prácticas de la educación superior de enfermería, ya que debía alejarse de una formación biológica para pasar a una centrada en el cuidado a partir de modelos y teorías propias, que fundamentan los procesos de formación, en los niveles de pre y posgrado. Según Marie Françoise Collière, “cuidar es ante todo un acto de vida, en el sentido de que cuidar representa una infinita variedad de actividades dirigidas a mantener y conservar la vida y permitir que esta continúe y se reproduzca” (Collière, 2013, p. 225). Por tanto, el acto de cuidar se convierte en estrategia reguladora del biopoder, circunscrito por el poder hegemónico que define qué es lo políticamente aceptable y lo no aceptable.

La Universidad Nacional de Colombia (2010) adoptó la reforma de la Ley 30 a través de la Reforma Mockus-Páramo (rectores Antanas Mockus Sivickas [1990-1993] y Guillermo Páramo Rocha [1994-1997]), con el propósito de “buscar la cientificación de las profesiones a través de currículos con componentes teóricos y científicos propios de campos de conocimiento específicos y sus propias lógicas”; en sus lineamientos establece para las carreras un núcleo profesional o disciplinario y un componente flexible; propone la jerarquización y ordenación clara de aquello que es realmente indispensable para la formación en una disciplina o profesión y añade que se trata de seleccionar “un grupo reducido de realizaciones ejemplares cuya apropiación convierta al estudiante en un virtual miembro de la comunidad a nivel profesional o disciplinar” (p. 42).

En atención a lo anterior, en 1994, la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, según Acta de Consejo, aprobó la creación del Grupo de cuidado —conformado por profesionales de enfermería de instituciones de salud, docentes de diferentes universidades, estudiantes e investigadoras, que buscan el desarrollo de habilidades, compartir

experiencias, reflexiones, crecimiento, cooperación y producción académica alrededor del cuidado— que asesora no solo el programa de la Universidad Nacional, sino también otros programas de enfermería del país para reformar los currículos. Cabe entonces preguntar, ¿cómo inciden los discursos que circulan alrededor del cuidado en las prácticas presentes en la educación superior de enfermería en Colombia?

Es de tener en cuenta que los avances teóricos evidencian la consolidación de etapas importantes del desarrollo profesional, al promover la producción de discursos relacionados con el cuidado de la salud y la vida, en especial respaldados por modelos y teorías de enfermería, que desde otros contextos pretenden de acuerdo con lo que afirman Martha Raile Alligood y Ann Marriner Tomey, que “...el conocimiento enfermero es la única manera de contribuir y poder ser reconocido en la historia de enfermería” (Alligood & Marriner Tomey, 2008, p. 10).

Es necesario plantear: si la educación superior de enfermería en Colombia ha incluido en los currículos discursos alrededor del cuidado, estaría influenciando a la enfermera (o al enfermero) a constituirse en otra (o en otro); se estaría educando para el cambio; sin embargo, parece ser más un fenómeno problemático sin querer decir que se considere estático y sigue siendo muy natural en sus formas de estar en el ejercicio profesional. Podría expresarse que aún está en el campo de la resistencia; según Mary Gunther y Martha Raile Alligood (2002), puede ser porque muchas enfermeras continúan fundamentando su práctica en el modelo médico, lo cual dificulta profundizar sobre aspectos de especial interés para el desarrollo del conocimiento, o también será lo que reclaman algunas profesionales de enfermería. ¿Será posible llevar a la práctica teorías de enfermería generadas y desarrolladas en contextos completamente diferentes al colombiano? Es de tener en cuenta que el sistema educativo ha desarrollado un modo de saber y estructuras de poder, lo que permite interrogar: ¿en qué se ha convertido este saber y qué relaciones de poder se han establecido?

Se podría considerar que la educación —en este caso ofrecida desde los programas de educación superior de enfermería— juega entre el

conocer al hombre para en su objetivación aprehenderlo y hacerlo otra realidad distinta de la que él es —disolverlo en la disciplina, normalizarlo, regularlo— o re-conocerlo y hacerse consciente de él como realidad dada y dependiente para formarlo en el espíritu del compromiso y la responsabilidad que conducen al cumplimiento de un destino libremente aceptado en forma personal (Emmanuel Mounier, 1992, citado en Arias Murillo, 2010, p. 17, itálicas en el original).

Este juego es posible de analizar de una parte desde lo característico en cada uno de los programas de educación superior de enfermería, desarrollados por las universidades públicas y privadas del país; de otra parte, por resultados de investigaciones, o normatividad emitida por instituciones nacionales o internacionales que proponen directrices a tener en cuenta en los lineamientos curriculares, que deben seguir los programas de educación superior de enfermería, como es el caso de la Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería (Arias Murillo, 2010), los ministerios de Salud y Protección Social, y de Educación, la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) y el consejo directivo de la Asociación Latinoamericana de Escuelas y Facultades de Enfermería (ALADEFE) (2003).

Educación médica

El espíritu del profesionalismo médico reposa en el aprender haciendo al lado de médicos que enseñan a médicos en formación; de este modo, la educación médica en calidad de categoría posibilita algunos traslocamientos, como los planteados por Carlos Eduardo Vasco Uribe (1990), que son traídos a texto, dada la ilustración tan precisa que hacen de esta y sus relaciones con otros conceptos de la educación:

Ejercicio de Gimnasia Mental Número 2: Trate ahora de leer el párrafo (...) [siguiente] remplazando “pedagogía” por “medicina”, “pedagógica” por “médica”, y “pedagogos” por “médicos”.

Propongo que se considere la pedagogía no como la práctica pedagógica misma, sino como el saber teórico-práctico generado por los pedagogos a través de la reflexión personal y dialogal sobre su propia práctica pedagógica, específicamente en el proceso de convertirla en praxis pedagógica, a partir de su propia experiencia y de los aportes de las otras prácticas y disciplinas que se intersectan con su quehacer (p. 110).

Este modo de educación se observa a lo largo del período estudiado y permanece vigente, adaptado a los cambios orientados por nuevas racionalidades, como los que tuvieron lugar en la década de los 90, los cuales propendieron a alcanzar el objetivo “Salud para Todos”, propuesto durante la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud de Alma-Ata que tuvo lugar en Kazajistán en 1978, el cual fue ratificado en la Primera Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud, realizada en Ottawa, Canadá, en 1986, cuyos aspectos más relevantes se condensan en la “Carta de Ottawa”, documento que plantea, entre otros, el redireccionamiento de la educación teórica y

la formación práctica de los profesionales de la salud, compromiso al cual se adhirieron los países de América Latina, en el marco de la Conferencia de Promoción de la Salud y Equidad realizada en Bogotá en 1992.

El objetivo “Salud para Todos” enmarcó el Programa de Colaboración Internacional para la Reorientación de la Educación Médica propuesto por la Federación Mundial para la Educación Médica, cuyas piedras angulares han sido ampliamente divulgadas en los siguientes documentos: *La educación profesional general de los médicos del siglo XXI*, de la Asociación de Escuelas de Medicina de Estados Unidos (Association of American Medical Colleges, AAMC) de 1984; la *Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre la Enseñanza Médica*, de 1987; la *Declaración de Edimburgo*, de 1988; las *Recomendaciones de la Cumbre Mundial en Educación Médica*, de 1993 y la *Reorientación de la Educación Médica y de la Práctica Médica para la Salud para todos* (World Federation For Medical Education, 2004), las cuales configuran un dispositivo vigente en América Latina y el Caribe, cuyo funcionamiento tal como lo plantea Santiago Castro Gómez (2013), puede ser leído en clave de racionalidades gubernamentales.

La *educación profesional general de los médicos del siglo XXI*, de la Asociación de Escuelas de Medicina de Estados Unidos (AAMC), llamó la atención sobre los métodos de enseñanza, la necesidad de articular las ciencias clínicas con las ciencias básicas, y desarrollar temáticas acordes con el perfil epidemiológico, con énfasis en la promoción y prevención, propuso como método el abordaje de problemas (AAMC, 1984).

La *Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre la Enseñanza Médica* (1987) denotó la necesidad de articularla con las ciencias del comportamiento y los aspectos socioeconómicos de la atención sanitaria.

La *Declaración de Edimburgo* propuso “el autoaprendizaje, un programa de estudios basado en competencias [...] la cooperación entre los Ministerios de Salud y de Educación (así como) ajustar el adiestramiento a las necesidades nacionales” (OMS, OPS, 1988). En el mismo sentido, la Asociación Médica Mundial, en la conferencia celebrada en Malta en noviembre de 1991, señaló la necesidad de “preparar un programa de estudios común internacional [...] que comprenda la educación continuada y de postgrado”.

En 1993, la Cumbre Mundial de Educación Médica enfatizó en 22 recomendaciones orientadas a lograr “un médico rediseñado para el siglo XXI, con una red global en funcionamiento para promover, implementar, desarrollar [...] y asegurar su reinterpretación con los cambios futuros” (Federación Mundial para la Educación Médica, 2000), e instó a las organizaciones coauspiciantes como Organización Mundial de la Salud, OMS; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF; Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, UNESCO; Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, PNUD; y el Banco Mundial a dirigir su puesta en práctica de las recomendaciones y monitoreo en los diferentes países (Federación Mundial para la Educación Médica, 1993).

La *Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre Educación Médica* (2004) recomendó capacitar a los docentes en metodologías constructivistas centradas en el estudiante, en el aprendizaje basado en problemas ABP y la medicina basada en la evidencia MBE, fomentar la investigación y producción académica de estudiantes y docentes, reformular los planes de estudios en pos de la meta “Salud para Todos” con la participación de estudiantes, directivos y docentes en la planeación educativa.

Es importante señalar que si bien estas prescripciones procuran transformar la toma de decisiones para el tratamiento basada en la experiencia profesional y local carente de base empírica; a una capacidad

resolutiva basada en la evidencia resultado de metaanálisis, que se reflejan en protocolos y guías de atención, a los que los médicos deben ceñirse a menudo acríticamente; dando lugar a prácticas que desconocen las características individuales de los pacientes, de tal modo que unos y otros se constituyen en “sujetos con patrones de enfermedad normalizados susceptibles de recibir atención asimismo normalizada, diseñados a partir de exigencias que, a menudo, nada tienen que ver con la que se entiende como buena práctica clínica” (FEM, 2009, p. 26).

Si bien los argumentos han sido la búsqueda de la calidad, la eficiencia y la necesidad de educar para nuevos campos de acción al estudiante de medicina en los que una vez egresara cumpliría la función de “mediar entre distintos intereses dentro de la sociedad para la consecución de la salud” (OPS, 1986), tuvo lugar un desplazamiento de mayor envergadura, que transforma el sentido de la profesión médica, tal como lo plantea Nikolas Rose (2012):

se abandonó la cultura del rol, de las cualificaciones, y se reubicó en torno a las posiciones por ocupar (en las que) [...] ya no es posible sostener la línea de diferenciación entre la intervención dirigida a quienes son susceptibles de enfermedad o fragilidad por un lado (con quienes sería visible el efecto de la relación médico enfermo), y las intervenciones encaminadas a mejorar las capacidades de los otros (p. 40).

De este modo, la educación médica dejó de estar “limitada por los polos salud enfermedad, no se focaliza en eliminar la patología [...]. Se ocupa del crecimiento de nuestras capacidades para controlar, gestionar, remodelar y modular las capacidades vitales de los seres humanos en tanto criaturas vivientes” (Rose, 2012, p. 3); por lo que puede afirmarse que la educación médica transita de una perspectiva biopolítica a una perspectiva gubernamental; toda vez que en su calidad de práctica, no es independiente del conjunto de relaciones históricas en las cuales funciona articulada e inmersa en “régimenes de prácticas”, en no pocas ocasiones desconocidas por quienes las ejecutan, como lo plantean Andrew Barry, Thomas Osborne y Nikolas Rose (1996):

A partir de la década del 90 han tenido lugar cambios más generales en racionalidades y tecnologías gubernamentales, en particular las transformaciones en la prestación de la seguridad, el bienestar y la salud relacionados con los desafíos para el Estado (p. 17).

En Colombia, la Constitución Política de 1991 reorganizó los poderes y muchas responsabilidades del Estado; la gestión de la educación y la salud fueron redistribuidas a entidades de los sectores público, privado, mixto y los diferentes actores (usuarios, estudiantes, docentes, prestadores de servicios, entre otros), que comenzaron a ser controladas por normas, procedimientos financieros, mecanismos de auditoría y evaluación, lo cual dio lugar a que la prestación de los servicios en educación y salud fue transferida a entidades comercializadoras, que controlan de diversas maneras la educación médica; estas condiciones fueron oficializadas e implementadas en reformas definidas en la Ley 30 de 1992 y la Ley 100 de 1993 (Colombia, 1992, 1993).

Al garantizar “la autonomía universitaria”, la Ley 30 de 1992 permitió 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 Uribe & Escobar Gaviria, 2011)

y 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 el marco de lineamientos definidos por instituciones de carácter internacional que el Estado adoptó para las diferentes profesiones.

En el mismo sentido, la educación médica de pregrado entró en procesos de rediseño y reestructuración curricular, que permitieron implementar las acciones propuestas en la Cumbre Mundial de Educación Médica, con la intención de conseguir el objetivo "Salud para todos", lo cual generó "cambios en la educación teórica y la formación práctica de los profesionales [...] reenfoque hacia las necesidades totales del individuo [...], compartir el poder con otros sectores, con otras disciplinas y, con el propio pueblo" (OPS, 1986).

Fue redireccionada y la llevó del énfasis en la atención para la consecución de la salud de los enfermos, hacia el desarrollo de capacidades para la "promoción de la salud, prevención de la enfermedad y el autoaprendizaje" (OMS, OPS, 1988), y para la educación, investigación y administración, inducidas por el régimen de verdad establecido desde los Estándares de Calidad de la Educación Superior para las Ciencias de la Salud (Colombia, Ministerio de Educación, 2001).

Concomitante, con la Ley 100 de 1993, el sistema de salud fue reformado y se comenzó a implementar el modelo de "pluralismo estructurado", ya propuesto por el Banco Interamericano de Desarrollo que, entre sus apartados, incluyó los lineamientos para la reforma de la educación del recurso humano en salud requerido para el adecuado funcionamiento del sistema (BID, 2014). Es decir, pasó 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, SGSS.

La reorganización dio lugar a la articulación entre el sector educativo y el sector salud (en los términos recomendados por la Cumbre Mundial de Educación Médica), 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 concordancia con la relación docente asistencial (Colombia, Ministerio de Salud, 1996), el cual luego se oficializó en los convenios docencia-servicio.

En este ámbito, 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, 1993); estos contextos de aplicación de las reformas del sistema de salud son espacios en los cuales tiene lugar el desplazamiento de las normas y principios reconocidos como propios de la medicina, 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 los que surgen regímenes de verdad que condicionan las prácticas gubernamentales de sujeción y subjetivación de los estudiantes de medicina y por tanto, las relaciones que estos establecen con los enfermos, con los colegas y con el grupo social en los que se desenvuelven.

Las prácticas médicas que tienen lugar en estos escenarios, comenzaron a objetivarse desde indicadores que validan su productividad en términos del ahorro, del gasto y del rendimiento económico propios del área financiera (Byrne & Rozental, 1994), de tal forma que las racionalidades médicas centradas en las patologías han ido siendo subsumidas por racionalidades económicas.

Así, los indicadores de calidad de la atención establecen lo que hoy se acepta como válido, en términos del tiempo que el médico debe dedicar a cada enfermo, los métodos diagnósticos que puede solicitar, 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 la norma, lo cual da lugar a prácticas gubernamentales en la educación médica, como las que funcionan de manera particular en la actualidad.

De este modo, el saber médico posibilita un lenguaje racional que nutre los discursos de la educación médica, y a partir de ellos objetiviza e individualiza a los sujetos que en ella participan; sean estos profesores, estudiantes, pacientes.

Además de los cambios antes mencionados, aparecen nuevos enunciados que desplazan el de relación entre el médico y el enfermo a: relación médico/empleado/prestador de servicios/transcriptor de tratamientos/formulador, enfermo/paciente/usuario/afiliado/consumidor/cliente/formulado, que corresponden no solo a cadenas de enunciación, desplazamiento y sustitución, sino a nuevas relaciones saber/poder/subjetivación, que resulta perentorio descifrar.

Los desplazamientos repercuten en el quehacer del médico, en su relación inmediata y continua con el enfermo hasta resolver la situación que conoca el encuentro. Al respecto, Pedro Laín Entralgo (1983) 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 (p. 19).

A las que desde la perspectiva foucaultiana hay que agregar una tercera: las tecnologías de gobierno.

Educación en Ciencias de la Salud

La educación en Ciencias de la Salud no es ajena a las nuevas formas de representación de la educación; junto con el control de la producción de los enunciados y formaciones discursivas sobre la atención, el cuidado, la rehabilitación, la prevención y la promoción de la salud garantiza la transmisión de “un saber sobre el individuo, que no es de orden histórico o estético en el cual, el objeto del discurso puede ser así un sujeto, sin que las figuras de la objetividad, sean, por ello mismo, modificadas” (Foucault, 1975, p. 7).

De esta manera, posibilita organizar un dispositivo en el sentido de lo planteado por Giorgio Agamben (2011):

1. [El dispositivo] se trata de un conjunto heterogéneo que incluye virtualmente cada cosa, sea discursiva o no: discursos, instituciones, edificios, leyes, medidas policíacas, proposiciones filosóficas. El dispositivo, tomado en sí mismo, es la red que se tiende entre estos elementos.
2. El dispositivo siempre tiene una función estratégica concreta, que siempre está inscrita en una relación de poder.
3. Como tal, el dispositivo resulta del cruzamiento de relaciones de poder y de saber (p. 250).

Como práctica gubernamental, la educación superior tiene una doble implicación; entre la sujeción como efecto de las relaciones saber-poder, producto de la conducción de las conductas por parte de otros (Martínez Posada, 2013) y la subjetivación como efecto de las tecnologías del yo, producto de la conducción de la conducta de sí sobre sí, que hace de la Educación no solo un espacio de repetición de modelos, como lo ilustra Fernando González (1936):

El ideal pedagógico [...] en que personalidades fuertes crean *la verdad* y la imponen como definitiva es *la educación* [...] *Educar* es formar a los hombres conforme a modelo [...] *Hombre educado* significa el que se ajusta a las normas [...] el ideal consiste en que sepan las reglas, las leyes, los programas, los textos, los modos (pp. 22-23, itálicas en el original).

Sino, también, un espacio de libertad en el que son susceptibles de generarse tanto procesos de normalización-normatización, como procesos de subjetivación, resistencia, ante las diferentes formas en que los estudiantes de pregrado son conducidos a constituirse a sí mismos como sujetos, en este caso sujeto enfermero(a), médico(a), lo cual a su vez, permitirá reconocer espacios de libertad en los que resultan posibles otros modos de incidir en los programas de educación superior de ciencias de la salud.

¿Qué es después de todo, un sistema de enseñanza, sino una ritualización del habla; sino una cualificación y una fijación de las funciones para los sujetos que hablan; sino la constitución de un grupo doctrinal cuando menos difuso; sino una distribución y una adecuación del discurso con sus poderes

y saberes? [...] ¿Acaso el sistema judicial y el sistema institucional de la medicina no constituyen también, al menos en algunos de sus aspectos, similares sistemas de sumisión del discurso? (Foucault, 1992, p. 39).

Conclusiones

La educación que los programas de formación de médicos (as) y enfermeros (as) ofrecen, a partir de la década de los 90, transita profundos cambios, asociados más al proceso de globalización que a la reflexión sobre las condiciones de salud, o al análisis de orden curricular que tiene lugar en el ámbito universitario.

El saber referente a la salud-enfermedad, que se configuró de cierto modo a partir de las prácticas, de la observación de los enfermos en compañía del docente, es hoy fuertemente influenciado y determinado por economías entrelazadas, que inciden en el lenguaje de manera sutil, por ejemplo: “enfermedades de alto costo”, así mismo, los avances en infomedicina y las valoraciones e intervenciones virtuales y la dependencia de los campos de práctica a los lineamientos particulares del Estado respecto del sistema de salud, son manifestaciones entre otras muchas, que dan cuenta del ingreso de la educación en ciencias de la salud en una lengua impersonal, estatal, global, fuertemente influenciada por políticas de mercado que constituyen la subjetividad de los futuros miembros de los equipos de salud en su devenir, estudiantes.

La educación en ciencias de la salud como práctica gubernamental produce profesionales cuyo perfil se objetiva en las competencias ocupacionales, en ocasiones adoptadas desde discursos ajenos al lenguaje del área de la salud y a las realidades nacionales.

La escasa reflexión acerca de las prácticas de la educación en ciencias de la salud en clave de *gubernamentalidad* da lugar a un desconocimiento que produce individualización y resistencia ante la limitación que se impone a la educación, en un círculo en el que se critica pero a la vez se perpetúa el modo en que desde ella se va configurando el poder saber, el saber hacer, el deber ser, lo cual se posiciona en el discreto silencio que al respecto ocasiona el interés centrado en temáticas relacionadas con la enfermedad, que de acuerdo con la búsqueda de antecedentes predomina en los profesionales del área de la salud.

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 actualizar la verdad en la falsa apariencia de la educación superior en salud.

Problematizar las prácticas discursivas y no discursivas de la educación superior en salud en Colombia, permite restaurar los elementos perdidos, olvidados, invisibilizados, ocultos y de esta manera, posibilita una construcción de la realidad que involucra diversas perspectivas, desde las que se plantean opciones reales de transformación de su enunciación histórica y, a partir de esta, la autoformulación histórica del sujeto de la educación superior en salud.

Este artículo abre el camino para los cuestionamientos en torno a la tarea de los programas de formación en medicina y enfermería en Colombia y sus implicaciones en la constitución de la subjetividad de los profesionales de salud, a partir de prácticas discursivas y no discursivas presentes en la educación superior que reconozcan el saber nacional y el contexto social, desde la perspectiva no de la identidad, ni de la sujeción como proceso de orden externo cuando es dable desde otros, sino más bien de la subjetividad y subjetivación como proceso del sujeto para consigo mismo.

Sobre los autores

Jorge Eliécer Martínez-Posada es posdoctor en Filosofía. Doctor en Ciencias Sociales Niñez y Juventud. Doctor en Filosofía, programa Historia de la Subjetividad. Magíster en Desarrollo Educativo y Social. Licenciado en Filosofía. Profesor.

Nelly Hernández-Molina es doctora en Ciencias de la Educación. Magíster en Desarrollo Educativo y Social. Médica especialista en Psiquiatría. Profesora asociada, programa de Medicina, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad del Tolima, Colombia. Miembro del grupo de investigación Indaguemos Salud, Universidad del Tolima.

Luz Mery Hernández-Molina es doctora en Ciencias de la Educación. Magíster en Enfermería. Especialista en Enfermería Materno Perinatal. Profesora asociada, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia, Colombia. Miembro del grupo de investigación Cuidado para la Salud Materno Perinatal, Universidad Nacional de Colombia, Colombia.

Referencias

Agamben, G. (2011). ¿Qué es un dispositivo? *Sociológica*, 26 (73), 249-264. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/soc/v26n73/v26n73a10.pdf>

Allgood, M. R. & Marriner Tomey, A. (2008). *Modelos y teorías en enfermería*. 6ª ed. Madrid: Elsevier.

Arias-Murillo, F. A. (2010). *La emergencia del hombre en la formación de maestros en Colombia segunda mitad del siglo XX*. (Tesis doctoral). Universidad de Manizales, CINDE. Manizales: Centro de Estudios Avanzados en Niñez y Juventud. Disponible en: <https://repository.cinde.org.co/handle/20.500.11907/521>

Asociación Latinoamericana de Escuelas y Facultades de Enfermería, ALADEFE (2003, octubre). *Línea de investigación en educación en enfermería*. VII Conferencia Iberoamericana de Educación en Enfermería, Medellín, 6, 7 y 8 de octubre de 2003. Disponible en: http://www.aladefe.org/articulos/linea_investigacion_educacion_enfermeria.pdf

Asociación Médica Mundial, AAM (1987, octubre). *Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre la Enseñanza Médica*. 39 Asamblea General, Madrid, España. Disponible en: <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-la-asociacion-medica-mundial-sobre-la-en-senanza-medica/>

Asociación Médica Mundial, AMM (1991). *Declaración de la Asociación Médica Mundial*. V Conferencia Mundial de la AMM sobre Educación Médica. Centro de Documentación en Bioética, Departamento de Humanidades Biomédica Universidad de Navarra. Disponible en: <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-la-asociacion-medica-mundial-quinta-conferencia-mundial-de-la-amm-sobre-educacion-medica/>

Association of American Medical Colleges, AAMC (1984). *Physicians for the Twenty-First Century: Report of the Project Panel on the General Professional Education of the Physician and College Preparation for Medicine*. Washington, D.C.: Association of American Medical Colleges. Disponible en: https://journals.lww.com/academicmedicine/Abstract/1984/11000/Physicians_for_the_twenty_first_century__Report_of.1.aspx

Attewell, A. (1998). Florence Nightingale (1820-1910). *Perspectivas: Revista Trimestral de Educación*, 28 (1), 173-189. Disponible en: <http://www.ibe.unesco.org/sites/default/files/nightins.PDF>

Banco Interamericano de Desarrollo, BID (2014). *Planes de beneficios en salud de América Latina: una comparación regional*. Disponible en: https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/6484/Planes_de_beneficios_en_salud_de_America_Latina.pdf

Barry, A.; Osborne, T. & Rose, N. (1996). *Foucault and Political Reason. Liberalism, Neo-Liberalism and Rationalities of Government*. Chicago, Illinois: The University of Chicago Press UCL.

Byrne, N. & Rozental, M. (1994). Tendencias actuales de la educación médica y propuesta de orientación para la educación médica en América Latina. *Revista Educación Médica y Salud*, 28 (1), 53-93. Disponible en: <http://hist.library.paho.org/Spanish/EMS/16886.pdf>

Carreras-i Barnés, J.; Branda, L. A.; Castro-Salomó, A.; Fenoll-Brunet, M. R. & Gual-Sala, A. (2009). *Guía para la evaluación de competencias en medicina*. Disponible en: Agència per a la Qualitat del Sistema Universitari de Catalunya: http://www.aqu.cat/doc/doc_71595240_1.pdf

Castrillón-Agudelo, M. C. (2012). *La dimensión social de la práctica de la enfermería. Historia y sociología de la enfermería*. Madrid: Editorial Académica Española.

Castro-Gómez, S. (2013). *Historia de la gubernamentalidad. Razón de estado, liberalismo y neoliberalismo en Michel Foucault*. Bogotá: Siglo del Hombre Editores, Pontificia Universidad Javeriana, Instituto Pensar.

Collière, M. F. (1993). *Promover la vida. De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana.

Colombia (1992). Ley 30 de 1992, por la cual se organiza el servicio público de la Educación Superior. *Diario Oficial*, 40.700, 29 de diciembre de 1992. Disponible en: http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0030_1992.html

- Colombia (1993). Ley 100 de 1993, por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial*, 41.148, 23 de diciembre de 1993. Disponible en: http://www.secretariosenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html
- Colombia (1994). Decreto 2904 de 1994, por el cual se reglamentan los artículos 53 y 54 de la Ley 30 de 1992. *Diario Oficial*, 41.660, 31 de diciembre 31 de 1994. Disponible en: <https://www.mineducacion.gov.co/1621/article-104334.html>
- Colombia, Ministerio de Educación (2001). Decreto 0917 de 2001, por el cual se establecen los estándares de calidad en programas académicos de pregrado en Ciencias de la Salud. Disponible en: <https://www.mineducacion.gov.co/1759/w3-article-86144.html>
- Colombia, Ministerio de la Protección Social (2004, marzo). *Modelo de Evaluación de la Relación Docencia-Servicio. Criterios Básicos de Calidad para Centros de Prácticas Formativas. Programa Apoyo a la Reforma en Salud. Organización Panamericana de la Salud. Programa Recursos Humanos*. Disponible en: http://www.paho.org/col/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones-ops-oms-colombia&alias=30-modelo-de-evaluacion-de-la-relacion-docencia-servicio&Itemid=1
- Colombia, Ministerio de Salud (1996). Decreto 190 de 1996, por el cual se dictan normas que reglamentan la relación Docente-Asistencial en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. *Diario Oficial*, 42.700, 25 de enero de 1996. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%200190%20DE%201996.pdf
- Consejo Internacional de Enfermeras, CIE (1996). *La formación en enfermería: pasado y presente: una perspectiva del CIE*. Ginebra: Consejo Internacional de Enfermeras.
- Deleuze, G. (1986). *Foucault*. Buenos Aires: Paidós.
- Durán-de Villalobos, M. M. (2001). *Enfermería: desarrollo teórico e investigativo*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Unibiblos. Disponible en: <http://www.uneditorial.net/uflip/Enfermeria-Desarrollo-Teorico-e-Investigativo/pubData/source/Enfermeria-desarrollo-teorico-e-investigativo.pdf>
- Fawcett, J. (2000). *Contemporary Nursing Knowledge: Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories [Conocimiento contemporáneo de enfermería: análisis y evaluación de modelos y teorías de enfermería]*. Boston, Massachusetts: Fa Davis Company.
- Flexner, A. (1910). *Medical Education in the United States and Canada. A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*. New York, Carnegie Foundation. Disponible en: <https://archive.org/details/medicaleducation00flexiala>
- Foucault, M. (1975). *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica*. México: Siglo XXI Editores.
- Foucault, M. (1979). *Microfísica del poder*. Madrid: La Piqueta.
- Foucault, M. (1988). On Problematization. *The History of the Present*, 4 (4), 16-17.
- Foucault, M. (1992). *El orden del discurso*. Buenos Aires: Tusquets Editores.
- Foucault, M. (1996). Incorporación del hospital a la tecnología moderna. En *La vida de los hombres infames*, 107-109. La Plata, Argentina: Altamira.
- Foucault, M. (2003). *El yo minimalista y otras conversaciones*. Buenos Aires: La Marca.
- Foucault, M. (2007). *Nacimiento de la biopolítica*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, FCE.

- Fundación Educación Médica, FEM (2009, enero). *El médico del futuro*. Barcelona: Fundación Educación Médica, FEM. Disponible en: <https://www.educacionmedica.net/sec/serMedico2009.pdf>
- Global Consensus for Social Accountability of Medical Schools, GCSA (2010, diciembre). *Consenso Global sobre la Responsabilidad Social de las Facultades de Medicina*. Disponible en: <http://healthsocialaccountability.sites.olt.ubc.ca/files/2011/06/11-06-03-SPANISH-pdf-style.pdf>
- González, F. (1936). *Los negroides (Ensayo sobre la Gran Colombia)*. Disponible en: 2002 - Corporación Fernando González - Otraparte: <https://www.otraparte.org/fernando-gonzalez/ideas/1936-negroides.html>
- Grupo de Cuidado (1998). Avances conceptuales del grupo de cuidado. En *Grupo de Cuidado, Dimensiones del cuidado*, 8-16. Bogotá: Unibiblos. Disponible en: http://bdigital.unal.edu.co/787/2/316_-_1_Prel_1.pdf
- Gunther, M. & Alligood, M. R. (2002). A Discipline Specific Determination of High Quality Nursing Care. *Journal of Advanced Nursing*, 38 (4), 353-359. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02201.x>
- Laín Entralgo, P. (1983). *La relación medico-enfermo. Historia y teoría*. Madrid: Alianza. Disponible en: <http://www.cervantesvirtual.com/obra/la-relacion-medico-enfermo-historia-y-teoria/c3562e66-cf35-11e1-b1fb-00163ebf5e63.pdf>
- Martínez-Posada, J. E. (2013). El dispositivo: una grilla de análisis en la visibilización de las subjetividades. *Tabula Rasa*, 19, 79-99. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/tara/n19/n19a04.pdf>
- Martínez-Posada, J. E. (2015). La interacción entre biopolítica, educación y subjetividad: la universidad como productora de productores desde una lectura foucaultiana. *Revista de la Asociación de Sociología de la Educación, RASE*, 8 (2), 174-189. Disponible en: <https://ojs.uv.es/index.php/RASE/article/view/8374/7967>
- Mockus, A. (2005). *Lineamientos sobre programas curriculares*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Disponible en: http://publicaciones.anuies.mx/pdfs/revista/Revista74_S2A1ES.pdf
- Moraes-Novaes, H. de (1990). La formación del médico para acciones en los sistemas locales de salud. *Revista Educación Médica y Salud*, 24 (4), 363-378. Disponible en: [http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/3243/Educaci%C3%B3n%20m%C3%A9dica%20y%20salud%20\(24\),%204.pdf?sequence=1](http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/3243/Educaci%C3%B3n%20m%C3%A9dica%20y%20salud%20(24),%204.pdf?sequence=1)
- Organización Mundial de la Salud, OMS, Organización Panamericana de la Salud, OPS (1988, agosto). *Declaración de Edimburgo*. Conferencia Mundial sobre Educación Médica de la Federación Mundial para Educación Médica. Disponible en: <http://files.sld.cu/scs/files/2010/04/1-edimburgo-1988.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud, OPS (1986). *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*. Organización Panamericana de la Salud, OPS. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>, <http://www1.paho.org/spanish/hpp/ottawachartersp.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud, OPS (2008). *La formación en medicina orientada hacia la atención primaria de salud. Serie La renovación de la atención primaria de salud en las Américas*. Washington: OPS. Disponible en: http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS-Formacion_Medicina_Orientada_APS.pdf
- Quiceno-Castrillón, H. (2011). La pedagogía: una perspectiva ética del documento. En O. L. Zuluaga. *Pedagogía y Epistemología*, 215-241. Bogotá: Magisterio.

- Restrepo, E. (2008). Cuestiones de método: "eventualización" y problematización en Foucault. *Tabula Rasa*, 8, 111-132. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/396/39600806.pdf>
- Rose, N. (2012). *Políticas de la vida. Biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI*. Buenos Aires: Unipe.
- Rozo-Uribe, R. H. & Escobar-Gaviria, R. H. (2011). La educación médica en Colombia. *Revista Médica*, 19 (1), 7-9. Disponible en: <https://revistas.unimilitar.edu.co/index.php/rmed/article/view/1216/946>
- Sánchez-Amaya, T. & Arias-Murillo, F. A. (2012). *La herramienta arqueológica*. Bogotá: Centro de Estudios Avanzados en Niñez y Juventud, alianza de la Universidad de Manizales y el CINDE.
- Santacruz-Caicedo, M. C. (2006). Enfermería. De la vocación a la ética. *Revista Facultad Ciencias de la Salud*, 8 (2), 23-29. Disponible en: <http://revistas.unicauca.edu.co/index.php/rfcs/article/view/923/713>
- Universidad Nacional de Colombia (2010). *La UN hoy*. Bogotá: Dirección general de programas de pregrado. Disponible en: <http://www.pregrado.unal.edu.co/docs/acreditacion/general/launhoy2010.pdf>
- Vasco-Uribe, C. E. (1990). Algunas reflexiones sobre la pedagogía y la didáctica. *Pedagogía, discurso y poder*, 107-121. Bogotá: Editorial El Griot. Disponible en Universidad Santo Tomás Abierta y a Distancia: http://virtual.ustadistancia.edu.co/pluginfile.php?file=%2F70900%2Fmod_folder%2Fcontent%2F1%2FAlgunas%20reflexiones%20.pdf&forcedownload=1
- Velandia-Mora, A. L. (1992). Análisis histórico de la evolución y tendencias de la práctica de la enfermería en Colombia en el siglo XX. *Investigación y Educación en Enfermería*, 10 (2), 39-48. Disponible en: <https://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/view/20472/17267>
- Velandia-Mora, A. L. (1995). *Historia de la enfermería en Colombia*. Bogotá: Unibiblos.