

PROBLEMATIZACIONES DE LA EDUCACIÓN SUPERIOR EN ENFERMERÍA Y MEDICINA EN COLOMBIA, 1990 - 2014

PROBLEMATIZATIONS OF HIGHER EDUCATION IN NURSING AND MEDICINE IN COLOMBIA, 1990-2014

Luz Mery Hernández Molina¹, Nelly Hernández Molina²

1. Enfermera. Magister en Enfermería. Aspirante al título de Doctora en Ciencias de la Educación. Rudecolombia-Universidad del Tolima. Profesora Asociada. Facultad de Enfermería Universidad Nacional de Colombia. e-mail: lmhernandezmo@unal.edu.co
2. Médica Psiquiatra. Magister en Desarrollo Educativo y Social. Aspirante al título de doctora en Ciencias de la Educación. Rudecolombia-Universidad del Tolima. Profesora Asociada. Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad del Tolima. e-mail: nhernandezmo@ut.edu.co.

Recibido:	20	01	2014	Revisado:	24	04	2014
Corregido:	26	05	2014	Aceptado:	01	12	2014

Estilo de referencias: Vancouver APA 6 Harvard ICONTEC

RESUMEN:

Artículo de reflexión producto de la problematización, eventualización y rigurosa búsqueda de antecedentes en torno a la Educación Superior en el área de Ciencias de la Salud, en calidad de práctica de gobierno.

Desde la perspectiva posestructuralista, se analizan las prácticas y discursos que circulan en los programas de formación de médicos y enfermeras a partir de las reformas de los sistemas de educación y de salud que tuvieron lugar en la década del 90 en Colombia, y su influencia en la constitución de subjetividad de los estudiantes de pregrado.

El artículo inicia con un apartado de aspectos generales sobre la educación y luego se adentra en problematizaciones que desde lo particular a lo general brindan un abordaje posible a la formación de pregrado en Ciencias de la Salud en Colombia.

Palabras claves: educación, medicina, enfermería, problematización.

ABSTRACT

Reflection article product of problematization, casualization and thorough background search about Higher Education in the area of Health Sciences, as government practice.

From the perspective poststructuralist analyzes the practices and discourse of training programs for doctors and nurses from the reforms of the systems of education and health that took place in the 90s in Colombia, and its influence on the constitution of subjectivity undergraduates.

The article begins with a section on general aspects of education and then goes into problematizations that from the particular to the general provide a possible approach to undergraduate education in Health Sciences in Colombia.

Keywords: *education, medicine, nursing, problematization.*

INTRODUCCIÓN

Artículo derivado de la plataforma teórico-metodológica soportada en los desarrollos teóricos de Michel Foucault, constituida por algunas de las tesis 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, particularmente 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.

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 a partir de ciertas situaciones, 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 (aunque se puede encontrar la misma respuesta en una serie de textos, y en un cierto punto la respuesta puede ser tan general que se convierte en anónima) [...]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” (1).

Tal como lo refiere Eduardo Restrepo, 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») donde determinados problemas aparecen como objetos del pensamiento y pueden llegar a plasmarse en programas o tecnologías concretas (2)

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” (3) que determinan el “comportamiento real de las personas en relación con las disposiciones que son impuestas sobre ellas” (4).

En este marco, la educación en ciencias de la salud, en tanto 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.

ASPECTOS GENERALES

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

Para efectos de este artículo, se adopta como referente lo propuesta por Quiceno a fin de ilustrar la influencia épocal en el proceso educativo: en el siglo XVI la educación era considerada una totalidad abstracta, general y global, que se anteponía 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” (5).

Entre el siglo XVI y el siglo XIX se encuentra 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 siglo XIX y el siglo 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, procurando 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”. (5)

Desde la década del 90, se ha acentuado el carácter representativo de la educación, a través de los discursos homogenizantes, reflejados en productos institucionales que a través de los Proyectos Educativos Institucionales, Registros Calificados, Acreditaciones Institucionales e Internacionales, por mencionar algunos, con los que se procura cumplir el nuevo régimen de veridicción instituido por procesos de Calidad de la Educación Superior.

En tal sentido, las prácticas discursivas de la educación superior 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, dando 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.

EDUCACIÓN EN ENFERMERÍA

En tanto sustentada en saberes propios y en otros, derivados de las ciencias básicas, sociales y humanas (6), tiene un cuerpo de conocimientos que evoluciona e interpreta los fenómenos de su competencia: el cuidado y la salud (7).

Algunos referentes históricos enfatizan el desarrollo de la enfermería a partir de la influencia religiosa, procurando 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, reforzando un modelo vocacional al quehacer ocupacional (8), que se reflejó en la posición y remuneración de las enfermeras en los diferentes escenarios del ejercicio profesional (9).

El trabajo de María Mercedes Durán de Villalobos (7), muestra como 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 la enfermería? Si de acuerdo con

algunos registros, no todos los programas lo incorporaron ya que se encuentran currículos que continúan los énfasis biomédicos, tal vez dados por las demandas del mercado laboral, que además incorporaron dos nuevos roles, el administrativo y el docente como respuesta a los requerimientos de los sistemas de salud y de educación.

A partir de la década del 80, se registran como acontecimientos en los procesos educativos, la transformación de los programas de nivel tecnológico a profesional, posteriormente a comienzos de los años 90, todos los programas de enfermería pasaron a nivel universitario ⁽¹⁰⁾. En esta misma década se empezaron a desarrollar la formación de posgrado hasta el nivel de doctorado, impulsando 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 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” ⁽¹¹⁾; como parte de este Sistema, se crea el Consejo Nacional de Acreditación (CNA), reglamentado por el Decreto 2904 de 1994 ⁽¹²⁾ con lo cual, en las guías de autoevaluación, de los programas de pregrado recomendó incluir el objeto de estudio; lo que hizo que los programas de enfermería replanteen 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, a nivel de pre y posgrado. Según Colliere “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” ⁽¹³⁾. Por tanto, el acto de cuidar se convierte en estrategia reguladora del biopoder, circunscrito por el poder hegemónico, que definen qué es lo políticamente aceptable y lo no aceptable ⁽¹⁴⁾

La Universidad Nacional de Colombia, adoptó la Reforma de la Ley 30 a través de la llamada Reforma Mockus-Paramo, con el propósito de “buscar la cientifización 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” (15).

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” (16), quienes asesoran no solo el programa de la Universidad Nacional, sino también a 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 la enfermería en Colombia?

Es de tener en cuenta, que los avances teóricos evidencian la consolidación de etapas importantes del desarrollo profesional; promoviendo la producción de discursos relacionados con el cuidado de la salud y la vida, especialmente respaldados por modelos y teorías de enfermería, que han sido incorporados desde afuera, y que pretenden de acuerdo con lo que afirma Martha Raile Alligod, que “...el conocimiento enfermero es la única manera de contribuir y poder ser reconocido en la historia de la enfermería” (17).

Es necesario plantear: sí la educación superior de enfermería en Colombia, ha incluido en los currículos, discursos alrededor del cuidado, estaría influenciando a que la enfermera(o) se constituya en otra(o); se estaría educando para el cambio, sin embargo, parece ser más un fenómeno problemático sin querer decir que se considere estático, 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 Gunther, puede ser porque muchas enfermeras continúan fundamentando su práctica en el modelo médico, lo cual dificulta profundizar sobre aspectos que son de especial interés para el desarrollo del conocimiento (17), o también será lo que reclaman algunas profesionales de enfermería y es ¿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 que 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 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” (18).

Este juego se podría 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 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 (ACOFAEN), Ministerio de salud y protección social, Ministerio 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).

EDUCACIÓN MÉDICA

En la década de los 90 se presentaron cambios orientados por nuevas racionalidades¹⁹ en procura de alcanzar el objetivo “salud para todos en el año 2000”, propuesto durante la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata que tuvo lugar en Kazajistan en 1978, el cual fue ratificado en la Primera Conferencia Internacional para la Promoción de la salud, que tuvo lugar en Ottawa Canada en 1986, cuyos aspectos más relevantes se condensan en la “Carta de Ottawa” (20), documento que plantea entre otros, el re direccionamiento 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: 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 (21).

La Declaración de Edimburgo, propuso “la promoción, la prevención y el auto-aprendizaje, 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” (22).

En el mismo sentido, la Asociación Médica Mundial, en la conferencia celebrada en Malta en noviembre de 1991, recomendó las “funciones en la relación médico enfermo”, la atención curativa y preventiva y la necesidad de “preparar un programa de estudios común internacional [...] que comprenda la educación continuada y de postgrado” (23).

En 1993, la Cumbre Mundial de Educación Médica, enfatizó en 22 recomendaciones “urgentes para llevar a la práctica”, 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”, e instó a las organizaciones coauspiciantes²⁴, para dirigir la puesta en práctica de las recomendaciones y monitoreo en los diferentes países (25).

La Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre Educación Médica (22), recomendó, capacitar a los docentes en metodologías de tipo constructivista 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 orientándolos a la meta “Salud para Todos” con la participación de estudiantes, directivos y docentes en la planeación educativa.

Si bien el argumento fue 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” (19), tuvo lugar un desplazamiento de mayor envergadura, tal como lo planteara Rose,

“de paso 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 lado²⁶ (con quienes sería visible el efecto de la tradicional relación médico enfermo), y las intervenciones encaminadas a mejorar las capacidades de los otros” (27).

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” (24); por lo cual puede afirmarse, que la educación médica transita de una perspectiva biopolítica a una perspectiva gubernamental; toda vez que en tanto práctica, no es independiente del conjunto de relaciones históricas en las cuales funciona articulada e inmersa en “regímenes de prácticas”, en no pocas ocasiones desconocidas por quienes las ejecutan, como lo plantean Barry, Osborne y Rose:

“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”. (28).

Es así como en Colombia, la Constitución Política de 1991, reorganizó los poderes del estado y muchas responsabilidades con 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); los cuales comenzaron a ser controlados por normas, procedimientos financieros, mecanismos de auditoría y evaluación, dando lugar a que la prestación de los servicios en educación y salud fueran transferidos a entidades comercializadoras las cuales, controlan de diversas maneras la educación médica, estas condiciones fueron oficializadas e implementadas en reformas definidas en la Ley 30 de 1992 (11) y la Ley 100 de 1993 (29).

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” (30) 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” (11).

La educación médica de pregrado fue redireccionada, llevándola 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” (21), 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 (31).

Concomitante, con la Ley 100 de 1993 (26) fue reformado el sistema de salud y se comenzó a implementar el modelo de “pluralismo estructurado”, propuesto por el Banco Interamericano de Desarrollo el cual incluyó dentro de sus apartados, los lineamientos para la reforma de la educación del recurso humano en salud requerido para el adecuado funcionamiento del sistema (32). Es decir, se paso 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.

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 el marco de la relación docente asistencial (33) que más tarde, se oficializó en los convenios docencia servicio.

En este marco 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” (26), 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 emergen regímenes de verdad que condicionan las prácticas gubernamentales de sujeción y subjetivación de los estudiantes de medicina y por tanto las relaciones que este establece con los enfermos, con los colegas y con el grupo social en el que se desenvuelve.

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 (34), de tal forma

que las racionalidades médicas centradas en las patologías, han ido siendo subsumidas por racionalidades económicas.

La toma de decisiones médicas relacionada con la situación de salud específica que dirige al enfermo a solicitar atención, centrada en la historia clínica y la evolución del enfermo a partir de la respuesta a los tratamientos, fue reemplazada por el análisis del cumplimiento de lo previsto en el sistema de protocolos de manejo y guías de atención definidas por patologías ⁽³⁵⁾.

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, dando lugar a prácticas gubernamentales en la educación médica, como las que funcionan de manera particular en la actualidad.

Además de los cambios anteriores, aparecen nuevos enunciados que desplazan el de relación entre el médico y el enfermo: 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, si no 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 convoca el encuentro. Al respecto Laín Entralgo 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. ⁽³⁶⁾.

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; garantiza con el control de la producción de los enunciados y formaciones discursivas sobre la atención, el cuidado, la rehabilitación, prevención, promoción de la salud; la transmisión de “un saber sobre el individuo, que no es de orden histórico o estético en el cual “el objeto del discurso (el estudiante/ el enfermo) puede ser así un sujeto, sin que las figuras de la objetividad, sean, por ello mismo, modificadas.” (37).

De esta manera, posibilita organizar un dispositivo en el sentido de lo planteado por Agamben “entramado de relaciones discursos, instituciones, habilitaciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas [...] que ha tenido por función mayoritaria responder a una urgencia, de este modo su función es estratégica dominante, (que posibilita) una cierta manipulación de relaciones de fuerza ya sea para desarrollarlas, bloquearlas o para estabilizarlas” (38).

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 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 Gonzales, (39):

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 modelos, 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. (p.81).

Si no, también, un espacio de libertad en el que son susceptibles de generarse tanto proceso 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? ⁽⁴⁰⁾.

A MANERA DE CONCLUSIÓN

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

El saber referente a la salud-enfermedad, que se configuro 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 las 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.

En este marco, la educación de ciencias de la salud como práctica gubernamental tiene por objeto “producir profesionales de la salud”, desde una lógica en la que desde la educación es posible abordar las diversas problemáticas en salud, para lo cual forma a los profesionales cuyo perfil se objetiviza en las competencias ocupacionales, en ocasiones adaptadas desde discursos ajenos al lenguaje del área de la salud y a las realidades nacionales.

La escasa reflexión al respecto da lugar a un desconocimiento que produce individualización y resistencia ante la deficiencia o limitación que a la educación se impone, en un círculo en el que se critica pero a la vez se perpetua 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, como anota Olga Lucia Zuluaga:

“El poder es lo que hace aparecer el saber, es la fuerza, exterior o del afuera, que proviene de todas partes. La medicina o el derecho (la enfermería), el médico o el abogado (el enfermero), no se dan cuenta de esa fuerza, porque están entretenidos con el saber. Usan el saber para dar cuenta, de sus conocimientos, de sus actos y de sus hechos pero no se dan cuenta del poder, que es el que hace que ese saber aparezca” (41).

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 en tanto proceso de orden externo cuando es dable desde otros, sino más bien de la subjetividad y subjetivación en tanto proceso del sujeto para consigo mismo.

COMO CITAR ESTE ARTICULO:

Hernández Molina LM, Hernández Molina N. Problematizaciones de la educación superior en enfermería y medicina en Colombia, 1990 - 2014. Rev.salud.hist.sanid.on-line 2014; 9(2): 161-176 (Julio-Diciembre). Disponible en <http://www.shs.histosaluduptc.org/> Fecha de consulta ()

*Los textos publicados en esta revista pueden ser reproducidos citando las fuentes.
Todos los contenidos de los artículos publicados, son responsabilidad de sus autores.*

Copyright. Revista Salud Historia y Sanidad ©

Grupo de Investigación en Salud Pública GISP-UPTC
Grupo de investigación Historia de la salud de Boyacá.

Tunja 2014

REFERENCIAS

(1) Foucault M. On problematization. *The History of the Present*. 1988 (4): 16-17.

-
- (2) Restrepo E. Cuestiones de Método: "Eventualización" y Problematicación en Foucault. *Tabula Rasa*. 2008. (8): 111-113.
- (3) Foucault M. *Microfísica del Poder*. Madrid: La Piqueta. 1979.
- (4) Foucault M. *El Yo Minimalista y Otras Conversaciones*. Buenos Aires: La Marca. 2003.
- (5) Quiceno H. La Pedagogía: Una Perspetiva Ética del Documento. En Zuluaga A; Exheverri A; Martínez B; Quiceno H; Saenz J y Álvarez A. *Pedagogía y Epistemología*. Bogotá: Magisterio. 2011.
- (6) Salazar A. Tendencias Internacionales del cuidado. *Invest Educ Enferm* 2011; 29(2): 294-304.
- (7) Durán de Villalobos M. *Enfermería: Desarrollo teórico e investigativo*. Bogotá: Unibiblos. 2001.
- (8) Velandia A. *Historia de la Enfermería en Colombia. Herencias Recibidas*. Bogotá. Universidad Nacional de Colombia. 1995.
- (9) Celma M. *Cultura organizacional y desarrollo profesional de las enfermeras*. [Tesis Doctoral] Granada: Universidad de Granada. Facultad de Filosofía y Letras. 2007.
- (10) Velandia A. Análisis prospectivo de la enfermería Colombiana frente a las nuevas tendencias en Salud y Educación en América Latina. [internet] Trabajo presentado en la reunión del grupo de consulta para desarrollar un plan de Enfermería para 1998-2002. Washington D.C. 1997. [consultado el 20 de octubre de 2014] Disponible en: <http://analuisa-velandia-mora-publicaciones.blogspot.com/2010/09/analisis-prospectivo-de-la-enfermeria.html>
- (11) Colombia. Ministerio de Educación Nacional. Ley 30 de diciembre 28 de 1992. Bogota: Ministerio de Educación Nacional. 1993
- (12) Colombia. Presidencia de la República. Decreto 2904 de Diciembre 31 de 1994. Bogotá: Presidencia de la República. 1995.
- (13) Colliere F. De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería. En: Colliere MF. *Promover la vida*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana. 1993.
- (14) Cairo H. Transformaciones de la geopolítica y la biopolítica de la soberanía: soberanía restringida y neoprotectoradas formales. En: Piazzini E y Montoya V. *Geopolíticas: espacios de poder y poder de los espacios*. Medellín: La Carreta. 2008.
- (15) Universidad Nacional Colombia. (2010). *La UN Hoy*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia
- (16) Grupo de Cuidado. *Conceptualización de Cuidado*. En: Grupo de Cuidado. *Dimensiones del Cuidado*. Bogotá: Unibiblos. 1998.
- (17) Gunther M, Alligood MR. A discipline specific determination of high quality nursing care. *J Adv Nurs*. 2002 May; 38(4): 353-359.
- (18) Arias F. La emergencia del hombre en la formación de maestros en Colombia segunda mitad del siglo XX. [Tesis para optar al título de Doctor en Ciencias Sociales, Niñez y Juventud] Manizales: Centro de estudios avanzados en niñez y juventud. Universidad de Manizales. 2010.

- ¹⁹ “funcionamiento histórico de prácticas que se insertan en ensamblajes de poder, 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, Historia de la Gubernamentalidad - Razon de Estado, liberalismo y neoliberalismo en Michel Foucault, 2013, p. 34).
- (²⁰) Organización Panamericana de la Salud. Carta de Ottawa. [internet] Organización Panamericana de la Salud; 1986. [acceso el 15 de diciembre de 2014]. Disponible en. <http://www1.paho.org/spanish/hpp/ottawachartersp.pdf>
- (²¹) Federación Mundial de Educación Médica. Estándares Globales en Educación Médica de la WFME. [internet]. *Educ. méd.*; 2004 7(supl 2): 3-3. [acceso el 15 de diciembre de 2014]; Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/edu/v7s2/editorial.pdf>
- (²²) Organización Panamericana de la Salud; Organización Mundial de la Salud. Informe Sobre la Conferencia Mundial de Educación Médica. Declaración de Edimburgo. [internet]. Organización Panamericana de la Salud; septiembre – octubre de 1988. [acceso el 15 de diciembre de 2014]. Disponible en: <http://hist.library.paho.org/Spanish/GOV/CD/25066.pdf>
- (²³) Asociación Médica Mundial. Declaración de la Asociación Médica Mundial-Quinta Conferencia Mundial de la AMM sobre educación médica. [internet] Centro de Documentación en Bioética, Departamento de Humanidades Biomédica Universidad de Navarra. 1991. [acceso el 15 de diciembre de 2014]. Disponible en: <http://www.unav.es/cdb/ammmalta2.html>
- ²⁴ Las organizaciones coauspiciantes fueron: 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 UNDP y el Banco Mundial para dirigir su puesta en práctica y monitoreo en los diferentes países (Federación Mundial para la Educación Médica, 1993).
- (²⁵) Federación Mundial para la Educación Médica. Cumbre Mundial de Educación Médica, Declaración Edimburgo. *Rev Cubana Educ Med Super* 2000; 14(3): 270-283.
- ²⁶ “El acto fundamental del conocimiento médico era establecer una señal: situar un síntoma en una enfermedad, en un conjunto específico, y orientar éste en el interior del plano general del mundo patológico”. (Foucault, 1975).
- (²⁷) Rose N. Políticas de la vida. Buenos Aires: Unipe. 2012.
- (²⁸) Barry A, Osborne T y Rose N. Foucault and Political Reason. Liberalism, neo-liberalism and rationalities of government. Londres: The University of Chicago Press UCL. 1996.
- (²⁹) Colombia. Congreso de la República. Ley 100 de diciembre 23 de 1993. Bogota: Congreso de la República. 1994.
- (³⁰) Roza U y Escobar G. La educación médica en Colombia. *Rev. fac. med.* 2011; 19 (1): 7-9.
- (³¹) Colombia. Ministerio de Educación Nacional. Decreto 0917 de mayo 22 de 2001. Bogotá: Ministerio de Educación Nacional. 2001.
- (³²) Banco Interamericano de Desarrollo. Política de Salud Pública del Banco Interamericano de Desarrollo. [internet] Banco Interamericano de Desarrollo BID. 1988. [acceso el 15 de enero de 2015]. Disponible: <http://www.iadb.org/es/acerca-del-bid/politicas-operativas-sectoriales.6194.html>
- (³³) Colombia. Ministerio de Salud. Decreto 190 de 25 de enero de 1996. Bogota: Ministerio de Salud 1996.
- (³⁴) Byrne N y Rozental M. Tendencias actuales de la educación médica y propuesta de orientación para la educación médica en América Latina. *Educ. Med. Salud*, 1994; 28(1): 53-92.
- (³⁵) Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 412 de 25 de febrero de 2000. Bogota: Ministerio de Salud. 2000.

-
- (36) Laín P. La Relación Médico-enfermo Historia y Teoría. Madrid: Alianza Editorial. 1983.
- (37) Foucault M. El Nacimiento de la Clínica. México: Siglo XXI Editores. 1975.
- (38) Agamben G. ¿Qué es un Dispositivo? *Sociológica*. 2011, 26(73): 249-264.
- (39) Gonzalez F. Los negroides. Medellín: Bedout S.A. 1976.
- (40) Foucault M. El Orden del Discurso. Buenos Aires: Tusquet. 1992.
- (41) Zuluaga O. Foucault: una lectura desde la práctica pedagógica. En: Zuluaga OL, Noguera C, Quiceno H, Saldarriaga O, Saénz J. Foucault, la Pedagogía y la Educación. Bogotá: Magisterio. 2011.