DEPARTAMENTO DE BIOÉTICA

DOCTORADO EN BIOÉTICA

TESIS DOCTORAL

LOS CONFLICTOS BIOÉTICOS DE LOS ESTUDIANTES EN PRÁCTICAS FORMATIVAS (PF) DESDE EL MARCO NORMATIVO DEL TALENTO HUMANO EN SALUD (THS)

Mercedes del Pilar Valero Pérez
Candidata a Doctora en Bioética

Dra. Constanza Ovalle
Directora de Tesis Doctoral

Bogotá, junio 2022

DEDICATORIA

A mis padres, que ya partieron, que forjaron en mí los principios y valores rectores de una vida ejemplar. Y, muy especialmente a mi madre, quien con vocación, abnegación y sacrificios llegó a ser una connotada maestra y en mi sembró el amor y la pasión por la enseñanza.

A mi esposo e hijos, por ser la columna vertebral de mi vida, por ser el motor que me ha impulsado y brindado todo el apoyo y orientación en la obtención de este gran logro.

AGRADECIMIENTOS

Doy gracias a Dios y a la vida por mostrarme el camino y darme la oportunidad de ingresar, aprender, adelantar y culminar este gran y posicionado doctorado, pese a las vicisitudes afrontadas con resiliencia y tesón.

Doy gracias a mi familia, soporte invaluable y fundamental en todo momento.

Doy gracias a los doctores Escobar, Ovalle y Rodríguez y demás cuerpo de profesores, quienes con su sapiencia, aportes y orientaciones hicieron posible mi tesis.

Doy gracias a los compañeros de doctorado por su amistad y por alentarme y apoyarme en todo el proceso formativo. Igualmente, a Alexandra y demás funcionarios administrativos por su valiosa colaboración y ayuda.

LOS CONFLICTOS BIOÉTICOS DE LOS ESTUDIANTES EN PRÁCTICAS FORMATIVAS (PF) DESDE EL MARCO NORMATIVO DEL TALENTO HUMANO EN SALUD (THS)

TABLA DE CONTENIDO

I. INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO 1. PRESENTACIÓN DEL PROBLEMA …… 6

1.1. Historia intelectual del problema ……. 6

1.2. Relevancia y pertinencia de la tesis ……. 8

1.3. Desarrollo metodológico ……. 9

CAPÍTULO 2. ENFOQUE TEÓRICO …… 13

2.1. Teoría de la convergencia …….. 13

2.2. Conflictos bioéticos en las prácticas formativas del talento humano en salud . 24

CAPÍTULO 3. ENFOQUE METODOLÓGICO …… 45

3.1. Análisis crítico del discurso ……. 44

3.2. Análisis crítico del discurso aplicado al marco normativo en salud …… 51

II. DESARROLLO DE LA TESIS

CAPÍTULO 4. ANÁLISIS DE RESULTADOS. ANÁLISIS CRÍTICO DEL DISCURSO DEL MARCO NORMATIVO DE LAS PRÁCTICAS FORMATIVAS DEL TALENTO HUMANO EN SALUD …… 55

4.1. Texto principal: Política Nacional de Talento Humano en Salud de la Dirección …… 55

4.2. Textos secundarios …… 99

CAPÍTULO 5. ANÁLISIS DEL MARCO NORMATIVO DEL TALENTO HUMANO EN SALUD (THS) A TRAVÉS DE LA TEORÍA DE ÉTICA CONVERGENTE DE

RICARDO MALIANDI CON LOS RESULTADOS DEL ANÁLISIS CRÍTICO DEL DISCURSO (ACD) …… 136

5.1. ¿Cómo funcionan los conflictos bioéticos para Maliandi? …… 138

5.2. ¿Cómo el funcionamiento del marco normativo del THS, especialmente la PNTHS, posibilita que existan unos conflictos bioéticos en los estudiantes en las prácticas formativas? …… 140

III. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

CAPÍTULO 6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES …… 153

REFERENCIAS …… 160

I. INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO 1. PRESENTACIÓN DEL PROBLEMA

1.1. Historia intelectual del problema

El desarrollo de este trabajo se estructura teniendo como eje central el marco normativo que orienta las prácticas formativas del talento humano en salud (THS) desde la década de los noventa, especialmente desde el momento en que entró en vigencia la Constitución Política de 1991 hasta el 2021. Se hará énfasis en la Política Nacional del Talento Humano en Salud (PNTHS) (2018), realizada por la Dirección del Talento Humano en Salud, una dependencia del Ministerio de Salud y Protección Social, a través de la teoría de la convergencia de Ricardo Maliandi y con la metodología del análisis crítico del discurso (ACD) de Teun Van Dijk. Por medio de estas herramientas teóricas y metodológicas, se intentará develar si dicho marco normativo tiene un control orientador a nivel discursivo que prevé la conflictividad ética y bioética de los estudiantes en los escenarios de práctica (hospitales y clínicas públicos o privados) o en los hospitales universitarios reconocidos.

La presente tesis se plantea indagar en los conflictos bioéticos que surgen en las prácticas formativas del THS a partir del marco normativo que las rige a nivel legal y las orienta en todas sus acciones, incluyendo el trato interpersonal que deben tener en las instituciones prestadoras de salud (IPS). Es decir, se analizarán los documentos que regulan no solo las pautas técnicas y disciplinarias que deben seguir en el mundo de la salud, sino también la manera en que deben relacionarse con los agentes dentro de él (pacientes, docentes, administrativos, entre otros). Al hacer esto, el marco normativo prevé el manejo de los conflictos entre los agentes, que implica una jerarquización del tipo de conflictos, ya sea de carácter técnico, comportamental o burocrático.

Esto significa que aborda las formas en que estos individuos deben solucionar los conflictos que surgen entre ellos por nivel de importancia, lo que en últimas lleva a pensar en la postura ética y bioética que supone enfrentarse con los demás. Como diría Maliandi, el conflicto es la oposición y choque en las interrelaciones de un sistema dinámico, o sea, falta de armonía, que en el caso de las prácticas formativas sucede entre los agentes del THS. Así pues, se identifica cómo desde el marco normativo pueden encontrarse esos conflictos planteados y cómo se pueden analizar desde una perspectiva bioética.

Mi pregunta de investigación es: ¿cómo contempla el marco normativo los conflictos éticos y bioéticos de los estudiantes en las prácticas formativas del talento humano en salud?

En ella se hace explícita tanto la unidad de análisis como la unidad de observación, que son los cimientos que dan cohesión a la investigación. Por un lado, la unidad de análisis es el marco normativo del THS, cuya revisión se desarrollará mediante la demarcación de épocas desde la década de los noventa, especialmente desde el momento en que entró en vigencia la Constitución Política de 1991. También se enfatizará en las normas expedidas por los Ministerios de Educación y de Salud y Protección Social, que han tenido un rol de mayor importancia en la orientación de la formación del THS con su correspondiente articulación y relación.

Por otro lado, la unidad de observación se hace explícita al hablar de los conflictos éticos y bioéticos dentro de ese marco normativo que involucra a distintos actores que en sus relaciones e intercambios dejan ver relaciones conflictivas. En el caso específico de esta tesis, la estipulación de ese tipo de conflictos se basa en la teoría de la ética convergente de Ricardo Maliandi, que propone paradigmas y modelos que pueden aproximarnos a comprender las situaciones conflictivas.

Para él, la base de los paradigmas de aplicabilidad es que no todo es blanco o negro, que hay diferentes matices de gris entre los dos y, por tal motivo, la moral no va en cifras aritméticas. Precisamente para entender esos matices, propone tres ejes que enmarcan la conflictividad: actores, tipología y escenario. Estos últimos se pueden encontrar en las líneas del marco normativo del THS.

Los antecedentes del problema de investigación se centran en tres aspectos: primero, los estudios sobre política pública del THS a nivel internacional, que tienen fortaleza en la optimización de los modelos de salud y la formación según las particularidades de cada país, pero no se materializa el manejo de los conflictos en las prácticas formativas. También hay estudios a nivel nacional, centrados en la PNTHS, que muestran que los conflictos de los estudiantes se manejan de manera concertada entre las partes, además de visibilizar cómo afectan la convivencia y la prestación del servicio. Segundo, las investigaciones sobre educación en bioética del THS, las cuales tratan principalmente sobre la debilidad de los estudiantes en la formación en bioética a causa de la preponderancia de lo técnico, lo cual hace que la formación humanística se ponga en un segundo plano. Tercero, los trabajos sobre

las experiencias de los estudiantes en las prácticas formativas, que retratan especialmente las situaciones tensionantes que aparecen en la prestación del servicio y crean los conflictos bioéticos entre los agentes del THS.

En estos tres ejes de los antecedentes se estudian de manera amplia los principales componentes de mi pregunta de investigación, que son el marco normativo en salud, los aspectos bioéticos en las relaciones del THS y lo dicho por aquellos implicados en ellas, a saber, los estudiantes de las prácticas formativos. Por esta convergencia entre los antecedentes y el problema de investigación, considero que la indagación es adecuada.

1.2. Relevancia y pertinencia de la tesis

Mi tesis es pertinente y relevante en el campo de la bioética porque se aborda un problema social que pretende identificar cómo contempla el marco normativo los conflictos éticos y bioéticos de las prácticas formativas del THS, el cual se encarga de garantizar el derecho a la salud de la población y regular la prestación de los servicios de salud en condiciones de equidad y sostenibilidad. De igual manera, tiene el propósito tanto de mejorar las condiciones de formación del talento humano en salud, su desempeño, gestión y desarrollo, como de implementar el modelo integral en salud. Por tal motivo, es importante saber cómo funciona el marco normativo en los aspectos que orientan las prácticas formativas de los estudiantes respecto al manejo que deben dar a los conflictos éticos y bioéticos.

Así mismo, la tesis es relevante por el enfoque metodológico en el que se combinará el análisis crítico del discurso con la teoría de la convergencia de Ricardo Maliandi. Por un lado, el ACD permite una lectura del poder hegemónico que rige las dinámicas sociales sobreentendidas en estos textos (Stecher, 2010; Van Dijk, 1999). Es decir, el ACD abre la posibilidad de un análisis textual sistemático del ejercicio del poder en los diferentes agentes relacionados con el mundo del THS a partir del marco normativo que los rige, sustenta, regula y orienta. Esta metodología ofrece una mirada específica de análisis para estudiar documentos legales en los que se entrevén los discursos que mantienen unas relaciones de poder particulares, las cuales perpetúan el abuso del poder social, el dominio y la desigualdad que los textos practican, reproducen y ocasionalmente combaten. Así las cosas, es menester hacer una revisión del contenido ético y bioético implícito en la PNTHS para intentar analizar cómo funcionan y se explican los conflictos éticos y bioéticos en esta política pública.

Por el otro lado, los conceptos de la ética convergente de Ricardo Maliandi profundizan en el *ethos* y su estructura en relación con la condición conflictiva. Él propone paradigmas y modelos que pueden aproximarnos a comprender las situaciones conflictivas entre los agentes de las prácticas formativas en la dinámica docente-asistencial, la cual puede afectar la prestación del servicio. Por ejemplo, aclara que la conflictividad entre valor, deber y norma se encuentra presente en las relaciones interpersonales y que el objetivo es por los menos minimizar los conflictos.

Al combinar el ACD, cuyo enfoque es un análisis textual del marco normativo, con la teoría de la convergencia de Maliandi, que da herramientas conceptuales para enmarcar los conflictos implícitos en el marco normativo en los matices propios de la bioética, la investigación adquiere relevancia.

1.3. Desarrollo metodológico

1.3.1. Objetivo general

Analizar los conflictos éticos y bioéticos implícitos en el marco normativo que orienta las prácticas formativas del talento humano en salud (PFTHS).

1.3.2. Objetivos específicos

- Establecer a través del análisis crítico del discurso los puntos problemáticos a nivel bioético del marco normativo.
- Identificar los conflictos éticos y bioéticos entre lo universal y lo individual que emergen o están implícitos en el marco normativo que orienta la PFTHS.
- Identificar los conflictos éticos y bioéticos entre la conservación y la realización que emergen o están presentes en el marco normativo que orienta las PFTHS.

El objetivo general está íntimamente relacionado con los tres objetivos específicos, porque con ellos se pretende abordar el marco normativo de las PFTHS a partir del análisis crítico del discurso (ACD) y la teoría de Maliandi. Al poner en diálogo los conceptos de este autor con las pautas establecidas por el marco normativo, se busca analizar cómo este prevé la conflictividad ética y bioética de los estudiantes en la PFTHS. Más específicamente, las categorías de análisis usadas son los principios de este enfoque bioético: la universalidad, la

individualidad, la conservación y la realización. Por otra parte, a partir de los resultados esperados sobre cómo funcionan las dinámicas de poder implícitas en el marco normativo a través del ACD, se plantearán unas categorías de análisis propias y sistemáticas para los documentos (i.e. relación del uso del lenguaje, su control orientador, el uso del poder, los elementos de los documentos donde se repiten ciertas palabras, la descripción de las palabras, los implícitos sobre los agentes presentes en las prácticas formativas, etc.), que se concretan en exclusión, discriminación y abuso del poder, las cuales se pondrán en discusión con los principios de la teoría de Maliandi mencionados.

Según mi hipótesis, el marco normativo, especialmente la PNTHS, no contempla los conflictos éticos y bioéticos de los estudiantes en las prácticas formativas del THS. Por lo anterior, el presente trabajo pretende revisar el marco normativo que orienta las prácticas formativas del THS a través de la teoría de la ética convergente propuesta por Ricardo Maliandi para saber cómo se aborda en esta política pública el manejo de los conflictos éticos y bioéticos que se presentan en los estudiantes durante sus prácticas formativas. El aporte de Maliandi a través de la teoría, enfocada en la fenomenología de la conflictividad y la complejidad del *ethos* y su estructura, proporciona una herramienta conceptual para minimizar la conflictividad. Esta aproximación sirve de filtro para analizar cómo el marco normativo y especialmente la PNTHS se basan principalmente en la formación técnica sin profundizar en la formación ética de los estudiantes de la salud. Por lo anterior, la teoría permitiría ver las fisuras éticas del marco normativo.

La PNTHS es la principal evidencia del enfoque por competencias para la formación del talento humano en salud mediante el ajuste de los currículos de las profesiones, cuyo objetivo es fortalecer las competencias en temas de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, gestión integral del riesgo en salud, enfoque intercultural y trabajo colaborativo e interprofesional (p. 47), según las necesidades de la población y del sistema de salud. Así las cosas, para esta política pública, se debe integrar conocimientos, habilidades y actitudes que favorezcan la formación adecuada de las profesiones del área de la salud y que apoyen el vínculo entre la academia, la prestación del servicio y la población (p. 49). Así mismo, se resalta que lo técnico genera habilidades, conocimientos y actitudes muy puntuales en el manejo y prevención de la enfermedad, sin embargo, al ponerlas en relación con las competencias que fortalecen el respeto y reflexión del ser humano (autonomía, beneficencia,

relacionamiento y manejo de los conflictos), estas no se mencionan ni se sugieren en la política.

Teniendo en cuenta mi hipótesis de trabajo, busco encontrar los vacíos a nivel bioético del marco normativo, por lo que sí es una propuesta de tesis en bioética.

La enunciación del proceso de argumentación se hace a través de los temas tratados en cada capítulo:

1. Las prácticas formativas del talento humano en salud en Colombia.
2. Marco normativo de las prácticas formativas del talento humano en salud.
3. Conflictos éticos y bioéticos en las prácticas formativas del talento humano en salud.
4. Análisis del marco normativo desde la perspectiva del análisis crítico del discurso (ACD).
5. Análisis del marco normativo a través de la teoría bioética de Ricardo Maliandi con los resultados del ACD.

El enfoque metodológico que se usará es el análisis crítico del discurso (ACD) de Teun Van Dijk. Ya que la unidad de análisis es el marco normativo, es decir, unos documentos textuales, esta metodología es adecuada para desentrañar los implícitos en las dinámicas de poder del discurso que los documentos escogidos transmiten. Gracias a la sistematización de un análisis discursivo que permite la metodología de Van Dijk, se pueden rastrear palabras cuyo sentido no solo no es evidente, sino que tienen un contexto e historia que incluyen relaciones de poder y jerarquización del conocimiento. Esto logra que tenga sus propias contribuciones, las cuales, además de proveer bases para aplicaciones en varias direcciones de investigación, tienden singularmente a aportar a nuestro entendimiento tanto de las relaciones entre el discurso y la sociedad, en general, y la reproducción del poder y la desigualdad, como de la resistencia contra ella. En últimas, esta metodología se propone investigar “cómo son capaces los grupos dominantes de establecer, mantener y legitimar el poder, y qué recursos discursivos se despliegan en dicho dominio” (Van Dijk, 1999, p. 24).

De manera más esquemática, el ACD se basa en los siguientes supuestos:

1. Las relaciones de poder son discursivas
2. El discurso constituye a la sociedad y la cultura
3. El discurso hace un trabajo ideológico
4. El discurso es histórico
5. El enlace entre el texto y la sociedad es mediato
6. El ACD es interpretativo y explicativo
7. El discurso es una forma de acción social (Van Dijk, 1999, p. 25)

Al desentrañar las relaciones de poder implícitas en el marco normativo, se obtienen categorías de análisis más específicas para clasificar los conflictos bioéticos que estos documentos suponen en los escenarios de las prácticas formativas del THS. Estos últimos posteriormente se pondrán en discusión con los conceptos bioéticos propuestos por la teoría de la convergencia para así enmarcar más rigurosamente el análisis del marco normativo en la epistemología propia de los estudios sobre bioética.

Por la manera en que la metodología del ACD se enlaza con los conflictos bioéticos del marco normativo y sistematiza la información necesaria para poner en diálogo estos documentos con los principios bioéticos de Maliandi considero que sí se especifica el enfoque metodológico a partir del cual se analiza el problema de investigación.

CAPÍTULO 2. ENFOQUE TEÓRICO

2.1. Teoría de la convergencia

En la presente tesis se analiza cómo se contempla en el marco normativo, especialmente en la Política Nacional del Talento Humano en Salud, los conflictos éticos y bioéticos de los estudiantes en las prácticas formativas. Es posible pasar estos conflictos por el tamiz de la teoría de la ética convergente de Ricardo Maliandi para identificar cómo desde el marco normativo se encuentran planteados. Según Maliandi, el conflicto es la oposición y el choque en las interrelaciones de un sistema dinámico, o sea, la falta de armonía (2010, p. 24). Una *ética convergente* es una ética de la conflictividad. La convergencia se postula como el criterio para la minimización de la conflictividad, aunque algunos conflictos no pueden ser abordados por ella, y la ética convergente es la búsqueda de procedimientos racionales que posibiliten la minimización del conflicto (Maliandi, 2010, p. 39). La función principal de esta es el estudio de las estructuras conflictivas del *ethos*, es decir, todos los fenómenos morales están unidos a los conflictos, lo que lleva a que ella se fundamente en el supuesto de que la conflictividad es insuperable y que otorga sentido a lo moral. Por lo tanto, la *convergencia* cobra importancia como elemento de reflexión, porque, a pesar de que todo lo moral es conflictivo, también se puede reconocer que la ética es posible, es decir, que las normas morales pueden ser fundamentadas si se reconoce la conflictividad con la refutación racional de los conflictos (Maliandi, 2010, p. 174).

En todo lo conflictivo existe una complementariedad y una exclusión cuya relación no se basa en una subordinación sino en un equilibrio. Si se tiende a la exclusión de alguna de las partes, el equilibrio se disuelve pero no desaparece ni se resuelve; cuando se torna a favor de la complementariedad, se resuelve o desaparece, a través de lo cual logra la convergencia o la armonía (Maliandi, 2010, p. 35). Edward de Bono define los conflictos como “Un choque de intereses, valores, acciones o direcciones” (citado en Maliandi, 2010, p. 38). El autor agrega que existen algunos caracterizados por la distancia, un alejamiento que se puede asociar a la divergencia. De igual forma, se puede definir el conflicto como una situación en la cual dos o más personas con intereses diferentes entran en confrontación: “Se dice que dos individuos, un individuo y un grupo o dos grupos están en conflicto en tanto que al menos una de las partes siente que está siendo obstruido o irritado por la otra” (Van

de Vliert, 1998, p. 351, citado en Domínguez y García, 2003). Es un fenómeno natural en toda sociedad, un hecho social consustancial a la vida en sociedad (García, 2008).

Las tensiones sociales tienen dos orígenes que son complementarios: uno en el orden social, correspondiente a las actitudes opuestas de cada sociedad, y otro en el modelo socioeconómico, que hace alusión al intercambio entre las fuerzas productivas y las relaciones de producción. El primero puede tener dos o más actores: la clase dirigente en términos políticos y económicos que procura su autorreproducción como clase dominante y la clase sometida. A nivel socioeconómico se habla de *interés de clase* (Lorenzo, 2001). Esta descripción puede relacionarse con el marco normativo que orienta las prácticas formativas del THS, en la medida en que los mercados encargados de la prestación del servicio en salud y de la formación de los estudiantes se basan en intereses propios del sistema económico y, al parecer, no en las necesidades del paciente y del personal del THS.

Además, en la ética convergente se considera que la forma de relacionarnos con los demás es la conducta moral. Al poner "la acentuación como modo de fundamentación" (Maliandi, 2010, p. 175), esta aproximación a la ética pretende dar respuesta a las siguientes preguntas básicas: "¿Qué debo hacer? ¿Por qué hay 'deberes' en esas relaciones? ¿Se justifican en relación con los 'derechos' que no podemos dejar de pretender?" (Maliandi, 2010, p. 175). Maliandi retoma a Kant para referirse a los fundamentos éticos, específicamente al argumento sobre cómo aquellos no son empíricos, sino que se forman *a priori*; corresponden a algo que afecta el hecho antes de ser conocido (2010, p. 175). En términos de deberes y derechos, según Maliandi y Thüer (2008, p. 83, citando a Kant, 1995, pp. 29-54), la ética kantiana corresponde a la ética del deber, en la que los valores morales tienen una fortaleza obligatoria. Es decir, el deber está adherido profundamente al concepto de lo moral. Kant afirma que "la razón pura es por sí sola práctica y da al hombre una ley universal que nosotros denominamos ley moral", a lo que agrega que "la ley moral es, por consiguiente, un imperativo que manda categóricamente, porque la ley es incondicionada" (1991, p. 113, citado en Maliandi y Thüer, 2008). Él se inquietaba por los derechos de cada persona en una comunidad moral en la que predominaba el respeto mutuo, y, si las personas no tenían la libertad para elegir y se actuaba sobre ellos sin su consentimiento, se producía una falta de reconocimiento hacia ellos como agentes morales autónomos (Kant, 1995, pp. 29-54, citado en Maliandi y Thüer, 2008).

Si se extrapola esto al marco normativo del THS, los deberes y derechos que corresponden a los usuarios del servicio de salud y al personal del talento humano, incluido el personal en formación, son determinados por los agentes a cargo de los mercados de la prestación del servicio y de la formación en las áreas de la salud. La dinámica de estos se cimenta en la autonomía en la estructuración y en las condiciones laborales, un claro ejercicio de poder. La interacción entre los usuarios y el personal del talento humano con los agentes con mayor poder de decisión y mejores condiciones se vuelve un escenario donde se generan conflictos cuando se aplican sobre ellos los derechos y deberes indicados en las normas, como se explicará en el capítulo 3.

2.1.1. Principios cardinales

La ética convergente se fundamenta en cuatro principios cardinales: la universalidad, la individualidad, la conservación y la realización. Las primeras dos aluden a la conflictividad sincrónica y las otras dos, a la conflictividad diacrónica. La razón es bidimensional, funciona en una dimensión de la fundamentación y en otra de la crítica. La universalidad y conservación se mueven en la dimensión de la fundamentación, la individualidad y la realización en la dimensión crítica. Los principios rigen decisiones y acciones moralmente cualificables fundamentándose en las argumentaciones adecuadas a los 'discursos prácticos', lo cual implica admitir el conflicto entre principios. Además, los conflictos concretos, situacionales y empíricos tienen "condiciones de posibilidad" en el sentido trascendental, a saber, la conflictividad a *priori* entre principios (Maliandi y 2008 et. al.p.50). Por lo tanto, las exigencias morales se pueden remitir a los diferentes casos o principios cardinales.

El gran problema ético es que los principios contienen exigencias opuestas, por tanto, conflictivas cuando se van a aplicar. La aplicación conjunta no es fácil y, en consecuencia, se dan cumplimientos parciales, ya que los cumplimientos óptimos son "incomposibles" o contrarios. Por lo demás, la ética convergente intenta tanto la argumentación y la crítica, como la mediación a través del discurso. Se pretende a través de ella contribuir a hacer consciente y comprensible el gran problema de la complejidad del *ethos* (Maliandi, 2010, p. 14). Los conflictos son una forma de interrelación no solo entre individuos, sino también relaciones entre grupos e individuos y grupos y grupos, con muchas variantes no solo por lo dinámicos, sino también por los factores anticonflictivos que hacen referencia al orden, organización y sistematización.

Maliandi alude a que los conflictos entre normas específicas, situacionales, se pueden resolver a través de la remisión de algún principio establecido, pero el choque de principios no tiene ese tipo de solución. Cuando las normas específicas no se apoyan en ningún principio o fundamento se pueden dejar de lado "en tanto que los principios son exigencias básicas cuya validez no depende de una instancia superior a ellas". Cuando se habla de un "metaprincipio de convergencia", se debe tener claro que este no se requiere para la aplicación de validación de principios, pero sí obliga a la minimización del conflicto y maximización de la armonía (Maliandi, 2013, p. 64). Así, el *a priori* se postula como un elemento necesario en la aplicabilidad de los principios y esto es lo que se resuelve en la ética convergente.

En resumen, los principios cardinales se muestran en dos oposiciones *estructurales* a la estructura diacrónica y a la estructura sincrónica, pero ellas *expresan* las dos dimensiones de la razón: la de fundamentación (F) y la de crítica (K). Dicho de otra forma, en su funcionamiento práctico la razón se manifiesta en esos cuatro principios. A la dimensión F corresponden los principios de universalización (U) y conservación (C) y a la dimensión K, los principios de individualización (I) y realización (R) (Maliandi, 2013, p. 64).

La universalidad (U) corresponde a lo sincrónico, por ejemplo, a las discusiones de igualdad de derechos, cuya acción se haga de modo que pueden valer universalmente, lo que Kant llama "universalizar la propia máxima" (citado en Maliandi y Thüer, 2008, p. 50). Como es un principio de fundamentación, rechaza la contradicción cuando aparece en lo teórico y la conflictividad cuando aparece en lo práctico. La universalidad es la exigencia racional de *unidad en la multiplicidad*, que corresponde en lo teórico a la capacidad de *advertir lo común en lo diferente*. Por esta razón, es el presupuesto indispensable en toda comparación para hacer investigación científica y proposición moral (Maliandi, 2013, p. 65).

El principio de la individualidad (I) funciona también en el nivel sincrónico y concierne a las particularidades, lo único e irrepetible, lo situacional, la acción basada en los valores de la personalidad de cada uno (Maliandi y Thüer, 2008, p. 50). Como lo individual y diferente, es un principio que se opone a la exigencia del reconocimiento de la universalidad y se considera por sí mismo con reconocimiento universal. Su oposición al universalismo radica en el "criterio que *sólo* lo universal puede ser moral, o sea al monopolio de la universalidad" (Maliandi, 2013, p. 66). Mediante este principio se defienden los hombres

concretos respecto a toda idea abstracta de “hombre”, “obliga a defender lo *humano* frente a lo que amenaza la *humanidad*”. Por eso podemos decir que es lo *crítico* en una estructura *sincrónica* (Maliandi, 2013, pp. 66-67).

Se debe tener en cuenta que a veces se oponen algunas maneras de universalización con algunas maneras de individualización y pueden ser independientes de la sucesión. En contraparte, cuando se oponen las exigencias de acción y omisión, la secuencia es necesaria, por ejemplo, en la conservación y la realización (p. 81), conjunto de conocimientos a los que se llega por la razón sin experimentarlos, en especial en un sistema filosófico.

El principio de la conservación (C) representa la estructura diacrónica de la dimensión de la fundamentación. Es la exigencia racional de conservación, o sea el rechazo al cambio, puesto que la fundamentación requiere consistencia, coherencia y permanencia. Por ejemplo, si todo estuviera sometido a un cambio difícil de frenar, el conocimiento no sería posible; la “identidad” tampoco tendría sentido si una cosa se convirtiera en otra a cada rato. La conservación señala a qué atenerse, aludiendo a la “primera marcha de la razón”, y se constituye como lo *fundante* en la estructura diacrónica (Maliandi, 2013, p. 66). De igual modo, este principio implica la necesidad de evitar el riesgo, o sea que la acción extreme precauciones, evite peligros y proteja lo frágil (Maliandi y Thüer, 2008, p. 50).

El principio de realización (R) atañe a la necesidad de modificar un determinado estado de cosas, o sea lo contrario a la conservación, pues implica arriesgarse a los cambios (Maliandi y Thüer, 2008, p. 50). A través de él se busca lo actual cuando lo viejo se muestra obsoleto o no es suficiente, y se pretende realizar mejoras; es lo dinámico de lo diacrónico. Este principio simboliza lo prospectivo de la acción, el futuro, y se percibe como una sensación de *abismo* tanto en el sujeto moral, como en el teorizador de ética (Maliandi, 2013, p. 67).

Los principios diacrónicos son complejos intrínsecamente y atienden a los axiomas deontoaxiológicos. El signo óntico corresponde a la existencia o no existencia y el signo axiológico, a lo bueno o malo según el punto de referencia. Maliandi propone lo siguiente al respecto: primero, lo bueno, si existe, debe conservarse (principio C); segundo, lo bueno, si no existe, debe realizarse (principio R); tercero, lo malo, si existe, debe cambiarse o destruirse (principio R); cuarto, lo malo, si no existe, debe omitirse o evitarse (principio C). Sin

embargo, en un plano práctico, el cumplimiento de estos axiomas es complejo debido a las oposiciones (Maliandi, 2008, p. 57).

La teoría pluriprincipialista de Beauchamp y Childress se correlaciona estrechamente con la teoría de la convergencia. La primera tiene cuatro principios denominados bioéticos o de ética biomédica, los cuales son amplios y orientan tanto las acciones morales como las reglas morales específicas y de contenido general. Estos se correlacionan con los cuatro principios cardinales de Maliandi: los principios bioéticos de justicia y autonomía se relacionan con los principios cardinales de universalización e individualización de la conflictividad sincrónica; los principios de beneficencia y no-maleficencia se vinculan con los de conservación y realización de la conflictividad diacrónica. En la dimensión de la fundamentación, el principio de universalidad se corresponde con el de justicia y el de conservación con el de no-maleficencia; en la dimensión crítica, el principio de individualidad se corresponde con el de autonomía, y el de realización, con el de beneficencia. En la tabla 1, se puede ver la correlación de manera más gráfica.

Tabla 1. Correlación de principios bioéticos y cardinales

Principios bioéticos	**Principios cardinales (ética convergente)**
De justicia	U (universalidad)
De respeto a la autonomía	I (individualidad)
De no maleficencia	C (conservación)
De beneficencia	R (realización)

El principio de justicia es una “Ley Universal que mantiene el orden y la medida de todo el cosmos y que los restablece cuando se han alterado” (Maliandi y Thüer, 2008, p. 91). En la visión cósmica de los presocráticos (Maliandi y Thüer, 2008, p. 91), este principio se refiere a la equivalencia del orden y la medida. Es decir, las cosas son justas cuando ocupan un lugar en el universo; si el lugar que ocupa la justicia es inadecuado, cuando no existe o está presente en escasez o exceso, se está ante un estado injusto. Una de las acepciones conservadoras de la palabra es el caso en que, cuando se tiene un orden social determinado, cualquier alteración de este es injusta. Una interpretación más liberal es que mientras nadie gane o pierda en un intercambio de bienes dentro de una sociedad, un sistema puede

considerarse justo. El principio de justicia se reivindica al menos en tres derechos básicos de las personas: primero, “gozar de un estado de bienestar físico, psíquico y social”; segundo, “poder acceder a una atención medica digna”; tercero, “disponer de las mismas oportunidades de recibir el cuidado necesario para mantener la salud, cuando está alterada” (Maliandi y Thüer, 2008, p. 90).

El principio de respeto a la autonomía se define como la “acción autónoma que en bioética debe entenderse en términos de intencionalidad, comprensión y ausencia de constricción”. La persona autónoma es aquella que “tiene capacidades de autogobierno que incluyen la comprensión, el razonamiento, la deliberación y la elección en forma independiente” (Maliandi y Thüer, 2008, p. 87). A los individuos se les debe reconocer como seres autónomos, y cuando por alguna situación esta autonomía está ausente y minimizada, ellos deben recibir protección.

El principio de beneficencia es “la obligación del médico de actuar procurando que todas las personas reciban los mayores esfuerzos para asegurar su bienestar, respetando sus decisiones y protegiéndolas del daño” (Maliandi y Thüer, 2008, p. 70). El deber ser es prevenir o eliminar el daño o el mal y promover el bien.

El principio de no-maleficencia hace énfasis en que el médico debe “extremar los posibles beneficios y minimizar los posibles riesgos”, o sea “No se debe infringir daño o mal” (Maliandi y Thüer, 2008, p. 77).

Sin embargo, a pesar de la estrecha correlación entre ambas teorías, Maliandi afirma que la teoría convergente está más “sólidamente fundamentada” (p. 114) que la teoría pluriprincipialista, puesto que fuera de reconocer una pluralidad de principios, acepta la conflictividad *a priori* de estos, lo cual conduce al principio de la convergencia que exige maximizar la armonía entre ellos en ambas dimensiones de la razón: la crítica y la fundamentadora. Para Maliandi, una de las debilidades de aquella teoría es la frágil justificación de sus principios, pues conduce a un relativismo que dificulta su aplicación. Dicho de manera más específica, Beauchamp y Childress argumentan a favor de que, cuando dos principios entran en conflicto, se aplique el que “tenga más peso” (Maliandi y Thüer, 2008, p. 113) en esa situación, puesto que un principio no puede estar en conflicto con otro. Esto conlleva a que, al aplicar un principio, se apele a un relativismo e intuicismo (Maliandi y Thüer, 2008, pp. 113-114).

2.1.2. Conflictividad

Según la teoría de la convergencia de Maliandi, a pesar de que los conflictos son interrelaciones y pertenecen a un sistema, establecen contradictoriamente el camino hacia la separación de este. Es decir, las partes de la relación conflictiva no se unen, sino que se alejan, lo que ocasiona la fractura de la unidad y forma una "relación o de un nexo" (Maliandi, 2010, p. 24), denominadas "relaciones discordantes". Lo inverso del conflicto es la concordancia o armonía; todo lo que contribuye con la armonía inhibe la conflictividad. Los conflictos se relacionan en el modo de la divergencia y la armonía se relaciona mediante la convergencia (Maliandi, 2010, p. 24). Los conflictos suelen ser dinámicos y complejos, por ello establecen relaciones de divergencia. El conflicto y la armonía conviven a veces y se limitan mutuamente. La armonía es la ausencia de conflicto y el conflicto es la ausencia de armonía. Para inhibir la conflictividad se requieren factores que estimulen la armonía (p. 25).

La conflictividad funciona bajo una estructura o sistema conflictivo, el cual es el conjunto de elementos que tienden a excluirse mutuamente mientras interactúan, por lo que para que exista tienen que darse otras. Los conflictos son formas de oposición y las oposiciones conflictivas son dinámicas, es decir, en ellas hay tensión, lucha o tendencia a la exclusión (p. 34). En algunas ocasiones, el conflicto particular no deja ver la conflictividad, puesto que esta alude al conjunto de conflictos, a una cualidad común entendida como universal y del mundo real, a una estructura o sistema conflictivo (p. 40). Un buen conocimiento de la conflictividad puede ayudar a evitar, resolver o minimizar un conflicto (p. 43). El estudio de la conflictividad ética se hace bajo la consideración general de que no solo el *ethos* es conflictivo, sino que los conflictos se pueden presentar en los diferentes espacios de la realidad, y se vuelve así en una característica que se comparte con lo social, histórico, político, biológico, antropológico, psíquico y estético (p. 44). Por otra parte, existen los plexos conflictivos, los cuales hacen referencia a que los conflictos generalmente no son aislados, sino que se vinculan con otros, por lo que la solución o minimización de unos puede generar nuevos conflictos. A la consecuencia anterior se le llama nexos conflictivos o interconflictivos (p. 46). De esta manera, se pretende establecer la conflictividad tanto entre principios éticos y bioéticos entre lo universal y lo individual, como entre la conservación y

la realización que están implícitas en el marco normativo que orienta las prácticas formativas del THS.

El autor manifiesta que la conflictividad ofrece una perspectiva metodológica para el estudio de diversas cuestiones éticas, entre ellas la reflexión y la dialogicidad de la razón. Siendo un elemento del plano más inmediato del lenguaje moral, la reflexión expresa juicios de valor y normas sin tematizar, los cuales deben fundamentarse para que aquella se vuelva metodológica y sistemática. Así adquieren el nivel de reflexión denominado ética normativa, que estudia los fundamentos del *ethos*, es decir, lo que legitima el uso del lenguaje normativo y se acompaña de la reflexión e información filosófica que permite la comparación de las teorías (p. 60). Por ser un hecho racional, se ejerce asimismo la crítica, o sea la expresión de los puntos de vista en acuerdo o desacuerdo de la propuesta de los fundamentos (p. 60). La dialogicidad de la razón hace alusión, por su parte, al intercambio a través de la comunicación o diálogo entre diferentes perspectivas, una que puede observar el mundo y la otra que puede observarse a sí misma (Apel y Haberman, citados en Maliandi, 2010, p. 59).

Se debe tener en cuenta dos elementos desde el punto de vista de la ética convergente: las teorías metaéticas y la dimensión semántica. Las primeras se refieren al modo de usar la razón y el reconocimiento de la conflictividad. Estas son formas de intercomunicación dialógica que dan cuenta de una especial semiosis, a la cual el interlocutor da un significado, lo que implica una interpretación conflictiva en su dimensión pragmática. Esta se remite al contexto inmediato de producción y recepción de un texto, al tipo de participantes, a la relación entre ellos, y a las tácticas y estrategias pragmáticas. En segundo lugar, en la dimensión semántica se designa el significado de las expresiones. La semiosis normativa, en consecuencia, no puede estar sin conexión con el comportamiento o forma de actuar de la persona que habla respecto a los conflictos, puesto que el conocimiento, la manifestación de emociones y la prescripción pueden afectar la respuesta frente a las situaciones de conflicto (p. 63).

Los conflictos pasan por cuatro fases: primero, la tensión (el equilibrio de la situación es inestable); segundo, el desequilibrio (la presencia de choque desafía la razón de lo humano para encontrar una salida); tercero, la compensación (recuperación del equilibrio, pero puede provocar una nueva tensión o un nuevo conflicto); cuarto, “la homeostasis (estabilización

relativa)" (p. 78). Estas fases no siempre se presentan todas ni son necesariamente consecutivas.

2.1.3. Conflictividad sincrónica y diacrónica

La sincronía y diacronía son las dos estructuras conflictivas básicas que utiliza la ética convergente. La primera designa la oposición entre lo universal y lo particular o individual, y la segunda hace referencia a la oposición entre la permanencia y el cambio. En el nivel sincrónico, que no involucra el tiempo, lo universal choca con lo individual, puesto que se tiende a reconocer lo individual como único e irrepetible. Esto implica la inclusión de uno y la exclusión del otro. La conflictividad es diacrónica cuando se refiere al cambio en el tiempo y es constitutiva, a saber, cuando lo anterior y lo posterior son necesarios (p. 83).

La doble estructura conflictiva (sincrónica-diacrónica) manifiesta el hilo conductor de la ética convergente por medio de una vía conciliatoria, cuya base sobre la teoría de la razón hace alusión a "El despertar de la razón" y se asocia "a la necesidad de saber *por qué* ocurre lo que ocurre" (p. 84), y es la exigencia de la minimización del conflicto o la maximización de la armonía (p. 92). Maliandi resalta que "lo ético es conflictivo porque lo humano es conflictivo, y lo humano es conflictivo porque la realidad es conflictiva", así que lo conflictivo existe en todo lo que tiene vida y, por ende, la doble estructura sincrónico-diacrónico se manifiesta en todo (p. 95).

En esta doble estructura sincrónico-diacrónico se pueden observar dos tipos de conflictos que dependen de la dirección de las unidades: la colisión y la desavenencia. La primera causa exclusión, porque no hay forma de integración. La segunda es una forma de divergencia que ocasiona el alejamiento de las unidades para evitar el conflicto o choque, lo que lleva definitivamente a la exclusión. Donde existen dominantes y dominados o vencedores y vencidos, el conflicto no se ha resuelto sino disuelto y, por lo tanto, equivale a un nuevo conflicto (p. 69). El principio de convergencia, o sea la maximización de la armonía entre los principios cardinales, es la meta para enfrentar esa situación. Esta armonía convergente significa la integración de las diferentes posturas o de las "estructuras conflictivas o de las dimensiones de la razón" (pp. 72-73).

En todas las especies, los individuos necesitan vivir juntos para, por ejemplo, cazar, emparejarse, migrar, esquivar a los depredadores, etc. Inevitablemente aparecen conflictos

en la naturaleza que generalmente se disuelven por el éxito de los más fuertes, lo cual da lugar a las jerarquías que asignan un sitio a cada uno y un grado de poder. Lo que conocemos como moralidad o *ethos* es un fenómeno cultural: lo "ético no es natural sino cultural". En consecuencia, el conflicto se plantea de manera distinta al de la naturaleza por medio del *ethos* en dos sentidos: primero, en el intento de proteger al más débil en aras de la justicia y, segundo, en la designación de los conflictos propiamente humanos como los sociales, políticos y psicológicos que no desaparecen, pero sí se pueden atenuar (Maliandi, 2010, p. 75).

El eje de la ética convergente se fundamenta en la dualidad de las dos estructuras conflictivas: la sincrónica (entre la universalización y la individualización) y la diacrónica (entre la conservación y la realización). Esta dualidad hace referencia a la metodología para estudiar los conflictos (Maliandi, 2010, p. 146). El doble punto de vista de lo diacrónico y lo sincrónico es determinante en la conflictividad ética, pues advierte que su carácter de *tendencias* se puede expresar como exigencias particulares. No obstante, "la contraposición sincrónica entre la tendencia a lo universal y la tendencia a lo individual se da en todas partes y siempre dicho antagonismo entre orden y desorden, pero un orden demasiado estricto puede ser tan unilateral como el desorden" (Maliandi, 2010, p. 150).

La conflictividad sincrónica se puede observar en muchos campos, como el antropológico, cultural y biológico. Por ejemplo, el Hombre y los hombres chocan en la conflictividad sincrónica, puesto que hay un ideal de lo humano del que no se puede prescindir, pero que puede ser inadecuado para los hombres en su carácter individual y perderse la opción del Hombre ideal. En otras palabras, el Hombre es una amenaza para los hombres y viceversa. Ante esta conflictividad se debe reconocer que allí coexisten dos *deberes* contrapuestos, "Uno obliga a hacer algo para salvar al Hombre de los hombres, el otro a hacerlo para salvar a los hombres del Hombre" (Maliandi, 2010, p. 151).

Aquí se tienen dos principios sincrónicos en conflicto, el "deber" y el "salvar", y se busca resguardar al Hombre tanto en su forma universal como individual de cuatro peligros provenientes de lo humano: "la crueldad, la estrechez mental, la fascinación ideológica y la ignorancia. Se debe buscar una actitud de convergencia o sea una que tome ambos lados del antagonismo, es decir, una actitud de convergencia" (Maliandi, 2010, p. 151).

A través de la conflictividad diacrónica, la ética convergente se remite a la conservación y a la realización, que representan lo anterior y lo posterior, pasado y futuro. El conflicto entre los dos radica en que lo posterior quede como anterior o se vuelva distinto a lo anterior. Introduce lo duradero entre lo intemporal y lo efímero; la lentitud entre lo estático y lo cinético. Lo predecible da tranquilidad, pero causa monotonía; lo impredecible suscita un riesgo, pero es animado, por ejemplo, los juegos de azar. De igual forma, se incluye en este tipo de conflictividad lo hogareño como opuesto a lo extraño, que se manifiesta para el sedentario y el nómada a través del ansia: "También muestra la exclusión social: el crimen de privar al ser humano de morada" (Maliandi, 2010, p. 153).

El aporte de Maliandi a través de la teoría de la convergencia, enfocada en la fenomenología de la conflictividad y la complejidad del *ethos* y su estructura, proporciona una herramienta conceptual para minimizar la conflictividad. Esta aproximación sirve de filtro para analizar cómo el marco normativo, especialmente en la Política Nacional del Talento Humano en Salud, se basa principalmente en la formación técnica sin profundizar en la formación ética de los estudiantes de la salud. Esta teoría permite ver esas fisuras del marco normativo. La aplicación de los principios cardinales de la ética convergente provee del insumo necesario para leer los resultados obtenidos con la metodología del análisis crítico del discurso (ACD) a través de la teoría de la convergencia. En los capítulos posteriores, se mostrará cómo el vínculo entre la academia y la prestación del servicio genera tanto habilidades técnicas basadas en el conocimiento, como actitudes muy puntuales respecto al manejo y la prevención de la enfermedad. Sin embargo, se evidenciará cómo las competencias que fortalecen el respeto y la reflexión del ser humano (autonomía, beneficencia, relacionamiento y manejo de conflictos) no se sugieren ni se mencionan en el marco normativo.

2.2. Conflictos bioéticos en las prácticas formativas del talento humano en salud

En esta sección, se abordarán los conflictos bioéticos que se presentan en las prácticas formativas. En un primer momento, me centraré en la descripción de la dinámica de las prácticas formativas en las IPS para así catalogar cuáles son los conflictos que se pueden presentar. En un segundo momento, se presentará cuáles son los estudios que han hablado sobre las dinámicas laborales dentro de una IPS y las soluciones que se han propuesto a los

conflictos que surgen en ellas. Finalmente, se profundizará en por qué esos conflictos son de índole bioética.

Entonces, en este primer momento se dice que los estudiantes de las áreas de la salud pertenecen a los programas académicos orientados a formar profesionales en las diferentes especialidades en salud, como médicos, enfermeras, fisioterapeutas, bacteriólogos, etc. Ellos realizan sus prácticas formativas en los escenarios de práctica formativa en las IPS con otros agentes (docentes, usuarios y personal administrativo) en el marco de la prestación del servicio en salud. En estos escenarios, debido a la constante interacción entre los agentes mencionados, los estudiantes se enfrentan a situaciones de conflicto, en las que los aspectos éticos y bioéticos de su formación profesional se manifiestan.

La red de relaciones del talento humano en salud se construye a través de una dinámica compleja entre diversos actores, agentes y sistemas, cuyas acciones se dirigen a intereses diferentes influenciados por elementos técnicos, económicos, sociales, culturales, políticos y de regulación, entre ellos el mercado educativo, laboral y de servicios (Dirección del Talento Humano en Salud, 2028, p. 15). Por tal motivo, el documento propone fortalecer las aptitudes de los estudiantes para mejorar la respuesta a las necesidades integrales de salud en el marco del nuevo sistema de salud con procesos que integren sus conocimientos, habilidades, actitudes y cualidades. Esto implica que los procesos de formación tanto en la institución educativa (IE) como fuera de ella mantengan un contacto constante, teniendo en cuenta que los estudiantes en práctica formativa se encuentran en las IPS sitio, donde posteriormente se van a desempeñar. Se busca con lo anterior el fortalecimiento del vínculo entre la educación y la prestación del servicio, que favorecerá las acciones resolutorias frente a las necesidades de la población colombiana (p. 49).

En este contexto, el panorama normativo de las relaciones del talento humano en salud explicado en el Decreto 2376 del 2010 hace referencia a la formación del talento humano en salud, que requiere la

> Práctica formativa en salud, como una estrategia pedagógica planificada y organizada desde una institución educativa que busca integrar la formación académica con la prestación de servicios de salud, con el propósito de fortalecer y generar competencias, capacidades y nuevos conocimientos en los estudiantes y docentes de los programas de formación en salud, en un marco que promueve la

> calidad de la atención y el ejercicio profesional autónomo, responsable y ético de la profesión. (art. 2)

Los espacios donde se desarrollan las prácticas formativas en salud se denominan escenarios de prácticas del área de la salud. Los estudiantes ingresan a sus prácticas a través de la relación docencia-servicio, la cual se define como el

> […] vínculo funcional que se establece entre instituciones educativas y otras organizaciones, con el propósito de formar talento humano en salud o entre instituciones educativas cuando por lo menos una de ellas disponga de escenarios de práctica en salud. Este vínculo se funda en un proceso de planificación académica, administrativa e investigativa a largo plazo, concertado entre las partes de la relación docencia-servicio. (art. 2)

Así las cosas, vemos que en la formación del personal del talento humano en salud en Colombia existe una relación directa entre las institución educativa y las IPS.

La articulación entre ambas sucede cuando los alumnos de las diferentes áreas de la salud realizan sus prácticas en las IPS (hospitales, clínicas-escenarios de práctica y hospitales universitarios reconocidos), y es allí donde se presentan los conflictos éticos y bioéticos.

Estos se definen en el presente trabajo a través de los conceptos de conflicto, ética convergente y bioética. En primer lugar, el conflicto, según Maliandi (2010), hace referencia a una especie de oposición o choque en las interrelaciones de un sistema dinámico, es decir, la falta de armonía (pp. 21-24). En segundo lugar, la ética convergente es "un intento de mediación entre la perspectiva discursiva de Apel y la perspectiva axiológica —y antinómica— de Hartmann", de donde proviene "la asunción radical de la conflictividad". Ella contiene una pluralidad de principios y con ellos intenta "contribuir a hacer consciente y comprensible el tremendo problema de la complejidad del *ethos*" (p. 14).

En tercer lugar, la definición de bioética para Escobar (2000) ha tenido diferentes apreciaciones, todas las cuales han buscado darle un estado de ciencia autónoma que no busca solo el conocimiento sino la sabiduría para favorecer la supervivencia de los seres sobre la tierra, teniendo en cuenta las nuevas tecnologías, el consumismo y la producción. Con ese enfoque, se han dado varias definiciones. Para Van Rensselser Potter, es "El esfuerzo para utilizar las ciencias al servicio de la vida", mientras que la Asociación Internacional de Bioética (1992) la define como "El estudio de temas Éticos, Sociales y Jurídicos que surgen en la atención sanitaria y las ciencias biológicas". Para Gilbert Hottois, la bioética es un

“Conjunto de cuestiones con una dimensión ética suscitadas por él, cada vez mayor, poder de intervención tecno-científica en el ámbito de la vida humana” (citados en Escobar, 2000, p. 220).

En cuanto a su alcance geográfico, la bioética ha trascendido a Estados Unidos, América Latina y Europa, acompañada de los hechos históricos y filosóficos correspondientes. Así, la escuela norteamericana está demarcada por el pragmatismo, empirismo y utilitarismo y la europea por costumbres originadas en Grecia. También hay aspectos que atañen a la bioética con el advenimiento de las nuevas tecnologías que dan solución a problemas complejos y favorecen la aparición de otras especialidades y súperespecialidades “con despersonalización y deshumanización manifestada en la relación con el enfermo, que se acompaña de la progresiva desaparición del paternalismo médico” (pp. 219-220).

Para efectos de este trabajo se adoptará la definición de la Asociación Internacional de Bioética (1992, citada en Escobar, 2000). Además, se tiene en cuenta que en Colombia se adopta el modelo norteamericano, lo que nos permite la comprensión de los cambios que observamos en la formación de los profesionales sanitarios en cuanto a su relacionamiento con el paciente y la influencia de la llegada de las nuevas tecnologías y su mayor especialización.

En un segundo momento, según el estudio de Carlos Andrés Pineda (2014) sobre los modelos de formación médica a través de la historia colombiana, se analiza el hecho de que los estudiantes traen consigo una formación bajo un modelo biomédico, específicamente heredado del norteamericano, cuyo enfoque prioriza la capacitación técnica (p. 264). Esto implica un mayor enfoque en formar las habilidades técnicas del estudiante en salud en detrimento de la formación ética. Para Jaime Escobar (1991), se centra la atención en la biotecnología y deja de lado asuntos biográficos y sociales en el cuidado de los pacientes. Según él, la formación humana y social es el aspecto que da el sentido más importante al profesional médico y de las áreas de la salud, puesto que incluye elementos que aportan a su orientación, ejercicio y aplicación ética. Así mismo, menciona que la medicina ha perdido credibilidad en la sociedad y el profesional actúa como un técnico que debe reparar una máquina corporal bajo control de precio y calidad social, por lo que su misión de consolar,

tranquilizar, apoyar y ayudar no está presente. En últimas, la consecuencia es que la sociedad le reclame la incapacidad de servicio humanizado.

Es preciso tener en cuenta que las diferentes instituciones educativas imparten conocimientos sobre bioética. En el artículo "El devenir de la educación médica: un encuentro con la bioética", Álvaro Olivera (2010, p. 354) aclara que lo único que se imparte en los cursos de ética médica y de bioética es la enseñanza de conocimientos y habilidades, no directamente de actitudes". En este mismo documento se indica que si las actitudes han de ser educadas, se estima que a lo sumo estas deben ser educadas indirectamente e incorporarse en los escenarios de práctica. En el mismo artículo una estudiante entrevistada también agrega:

> Estamos en la antesala a una crisis de carácter […] los médicos jóvenes o en último año ya muestran indicios de prepotencia o simple indiferencia; probablemente es lo que observan en muchos de sus profesores, que con la experiencia ya no sienten, ya no les importa nada más allá de la satisfacción personal, ya nada los sorprende (Olivera, 2010, pp. 354-355)

Igualmente se explica cómo una de las actitudes más generalizadas se relaciona con la aceptación de comentarios inapropiados sobre la situación de pacientes y la participación en otras ocasiones en conductas no éticas (Olivera, 2010, p. 355). A lo anterior se le suma una inefectividad en el tránsito entre el conocimiento teórico adquirido en la IE y la vida hospitalaria con los pacientes. Al respecto, el estudio de Andrés Isaza (2007) "Enseñar y aprender a enseñar medicina desde una perspectiva no tradicional", propuesta pedagógica basada en el constructivismo, muestra que a través de los diferentes ciclos de formación los estudiantes se ven obligados a confrontar sus aprendizajes básicos con la práctica clínica (p. 9). Esta última se vuelve una experiencia aterradora al pasar de los conceptos a la práctica con pacientes en los primeros años (p. 9).

En relación con el balance entre la formación técnica y la ética, la tesis de maestría de Arturo Argüello (2009), "Evaluación receptiva, democrática y de empoderamiento de un programa de pregrado de medicina en un hospital universitario de Bogotá", demuestra que, a pesar de que la práctica intrahospitalaria puede ser considerada un modelo de aprendizaje in situ, se basa en el modelo contemporáneo de cognición, con la participación en problemas sociales o de la comunidad (Díaz-Barriga, citado en Argüello, 2009, p. 112). Este busca desarrollar habilidades y conocimientos propios de la profesión, y participar en la solución

de los problemas sociales, que requiere como mínimo su comprensión. Lo anterior no sucede porque dicha enseñanza se centra en revisiones de temas y de un currículo operativo en el que las interacciones son generalmente vicarias o no supervisadas, ni guiadas, cuya consecuencia es un aprendizaje descontextualizado de la realidad en el que la mayoría de competencias se desplazan de un currículo ya no explicativo a uno oculto o nulo. Argüello concluye que estos programas nacen con un objetivo loable, pero su implementación se desvía hasta el punto de no cumplir con su expectativa social.

También es importante tener en cuenta el Acuerdo 000003 del 2003, emitido por la Dirección de Análisis y Políticas de Recursos Humanos del Ministerio de la Protección Social (2003) mediante el cual se crea el Modelo de Evaluación de la Relación Docencia-Servicio Criterios Básicos de Calidad para Centros de Prácticas Formativas del Área de la Salud. Aunque el modelo explica paso a paso los estándares para evaluar la relación docencia-servicio, es preciso indagar si la IPS hace un proceso de acompañamiento y de formación bioética en la prestación de los servicios de salud a los practicantes que asisten al hospital. El interés en el modelo es evaluar los aspectos jurídicos, académicos y de bienestar para el personal en formación. Dicho modelo se actualizó en octubre del 2021 pero tampoco aquí se observa interés alguno que fomente la formación bioética de los estudiantes.

Así mismo, en nuestro país la Ley 1438 del 2011, artículo 13, dice que “De la pertinencia y calidad en la formación de Talento Humano en Salud […] expresa que sus estándares […] deben estar fundados en la ética, calidad, pertinencia y responsabilidad social”. Esta ley también hace parte de las fuentes revisadas para esta tesis, porque, a pesar de los esfuerzos gubernamentales y de las instituciones educativas, los contenidos bioéticos pueden abordarse de manera más específica.

Para identificar dichos contenidos bioéticos, es posible considerar los factores que afectan la convivencia entre los estudiantes mediante una aproximación desde la bioética que tenga en cuenta el enfoque de Maliandi. Este brinda una estructura de conflictividad del *ethos* en la medida en que existen enfrentamientos entre conflictos y entre los cuatro principios: universalización, individualización (sincrónicos) y conservación, realización (diacrónicos) (Maliandi, 2010, pp. 13-14), los cuales se correlacionan con los principios de Beauchamp y Childress: justicia, respeto a la autonomía (sincrónicos) y no-maleficencia, beneficencia (diacrónicos).

Dichos principios entran algunas veces en tensión y oposición conflictiva. Así, todo impulso de la voluntad afecta las estructuras conflictivas sincrónica y diacrónica, que corresponden a la "bidimensionalidad de la razón" (Maliandi, 2010, p. 14). Esta permite ver los conflictos y encontrar la tensión entre los conceptos de universalización que está representada por la norma política-social o las leyes. Los términos de individualidad —determinados por los estudiantes del talento humano en salud que se encuentran en prácticas formativas—, de conservación y de realización se manifiestan en la PNTHS y las normas, puntualmente en la relación docencia-servicio. La propuesta de los cuatro principios de la teoría tiene dificultad en su aplicación, pues no siempre se logra por ser "incomposibles". Sin embargo, se pueden dar cumplimientos parciales, lo cual busca contribuir a hacer consciente y comprensible el problema de la complejidad del *ethos* (Maliandi, 2010, p. 14).

También es necesario explicar qué significa sincronía y diacronía. Por un lado, el término sincronía se refiere a la extensión y comprensión lógica del concepto que juega siempre en simultáneo por realización u omisión, que constituye una microestructura determinada como "flexión ética". Por otro lado, el concepto de diacronía alude a la realización u omisión como tal, que determina siempre una sucesión en el marco de algo que siempre se conserva, constituyéndose así una macroestructura diacrónica que trabaja a través de microestructuras determinadas por los "axiomas deontológicos" (Maliandi, 2011, p. 205).

Así las cosas, para Maliandi, los conflictos humanos se pueden dividir en "tres grupos: 1) intrapersonales 2) interpersonales (intragrupales) y 3) intergrupales y se pueden estudiar desde perspectivas psicológicas, psicosociológicas, sociológicas, antropológico-culturales, políticas" (Maliandi, 2011, p. 207), entre otras. Además, desde el análisis de la ética vemos que unos principios entran en juego, y esta referencia es lo que da el carácter ético a la teoría.

Hay algunos estudios respecto al tema que han trabajado para lograr el impacto suficiente en la prestación del servicio desde la mirada de la relación docencia-servicio. Entre ellos se encuentra el artículo de Carlos García (2011a) "Flexner y su flexnerismo: la concepción visionaria humana, humanista y humanística de la educación médica". Este observa la importancia de tener en cuenta que la educación médica debe ser una combinación de práctica clínica con una constante comunicación con los avances tecnológicos, puesto que los centros educativos que no balancean esos dos aspectos suelen ser los menos calificados.

Se concluye cómo el informe Flexner, aún un siglo después de ser escrito, parece describir en forma suficientemente acertada el panorama de la educación médica en Colombia.

De igual manera, en el artículo de Juan Ortiz (2016) “Hospitales universitarios en Colombia: desde Flexner hasta los centros académicos de salud” se concluye que el modelo de Flexner desde la bioética debe tenerse en cuenta, pero también hay que enfatizar en el respeto por la persona como el elemento más importante. Además, Ortiz menciona la importancia de establecer unos mínimos y máximos en los derechos y deberes de esos pacientes, que incluya la protección a su intimidad, su libertad, sus convicciones religiosas y el derecho a negarse a un tratamiento o a una investigación científica.

Bajo la consideración de la normatividad, y teniendo en cuenta que la PNTHS es el principal o vital instrumento o herramienta de acción del Estado en su propósito de concebir, cambiar o transformar una situación o comportamiento, la teoría de Maliandi no solo se relaciona con ella, sino que se convierte en una fuente obligada de consulta y fundamentación de la presente investigación. Con ella se pretende abordar el manejo de los conflictos éticos y bioéticos de los estudiantes que se puedan presentar en las prácticas formativas y la existencia o no de un lineamiento o directriz estatal que se ocupe de ellos.

Por tal motivo, es muy importante tener en cuenta que la PNTHS (Dirección de Talento Humano en Salud, 2018) tiene el propósito de proponer y articular acciones intersectoriales en torno a 1) la garantía del derecho fundamental a la salud y el acceso universal a los servicios bajo condiciones de equidad, calidad y sostenibilidad; 2) el mejoramiento de las condiciones para la formación, desempeño, gestión y desarrollo del recurso humano en salud (p. 6). Dicha política, por un lado, tiene entre sus objetivos fomentar en el talento humano en salud el ejercicio ético, responsable y autorregulado de las profesiones y ocupaciones de la salud. Por otro lado, pretende guiar las acciones que intervienen en los mercados educativo, laboral y de servicios de salud, reconociendo su particularidad y autonomía.

El estudio sobre política pública de talento humano en salud a nivel suramericano *Análisis de la gestión de recursos humanos en los modelos de salud familiar, comunitaria e intercultural en los países andinos* (Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud, 2015) permite el monitoreo de la Política Andina de Planificación y Gestión de Recursos Humanos en Salud, pero no materializa el mecanismo para el manejo

de los conflictos bioéticos que se puedan presentar durante las prácticas formativas de los estudiantes. La fortaleza de dicha investigación se centra en la optimización del modelo de salud y la formación según las necesidades particulares de cada país.

A nivel nacional las investigaciones revisadas desarrollan trabajos que se centran en la PNTHS. Estas muestran que los conflictos de los discentes que aparecen en las prácticas formativas se manejan de forma concertada entre las partes según lo expresado en la política. Especialmente encontramos trabajos que se enfocan en cómo los conflictos afectan la convivencia y la prestación del servicio. En general, estas indagaciones concluyen que los conflictos provienen al parecer de la formación bioética de los estudiantes que llegan a realizar sus rotaciones a una IPS. Uno de los aspectos que resaltan estos trabajos es que, ante las situaciones de tensión en las interacciones de los estudiantes en las actividades docente-asistenciales, se entremezclan conflictos éticos y bioéticos que se podrían enfrentar o solucionar si los involucrados acudieran a los conocimientos que ofrece la bioética, lo que evitaría las tensiones.

Algunas de las investigaciones sobre educación y bioética se centran en la debilidad en la formación de conocimientos en bioética. Estas nos dejan ver que la formación de los profesionales en salud se enfoca en el modelo biomédico, lo cual provoca que la formación humanística se sitúe en un segundo plano. Los trabajos revisados, en general, concluyen que se debe fortalecer la educación en bioética para la formación de los profesionales de salud.

García (2011) realizó la investigación “Nuevos desafíos bioéticos en la formación de los profesionales de la salud: reflexiones a partir de la experiencia en el Espacio Europeo de Educación Superior (EEES)”, la cual propone algunas ideas para intentar mejorar la formación bioética en el ámbito universitario en el marco de la educación en las ciencias de la salud. También aborda algunos de los problemas bioéticos con los que se encuentran los profesionales médicos y sanitarios en su ejercicio profesional y cuáles son los recursos de los que disponen para enfrentarlos. Además, agrega que la diversidad en el conocimiento apriorístico que pueden aportar los estudiantes permite crear estructuras de aprendizaje acordes con la realidad, y establecer dinámicas docentes como los juegos de rol y las simulaciones (pp. 83-88). Las acciones propuestas por la autora favorecen el aprendizaje de la bioética, por lo que pueden contribuir al manejo y a la minimización de los conflictos bioéticos que se presentan en el ejercicio profesional de la salud.

El estudio de Pineda (2014) “Formación y medicina: la transición del modelo anatomo-clínico francés al modelo biomédico norteamericano en Colombia” describe la educación médica desde una perspectiva hermenéutica e histórica a través de la comprensión del sentido de esta transformación y de sus efectos tanto sobre la formación del médico como sobre el recuento de la enseñanza y práctica de la medicina en Colombia. Según él, el modelo biomédico se basa en un modelo de visión biomédica de laboratorio. En los años treinta, el país recibió visitas de expertos de Estados Unidos que sentaron las bases de los cambios curriculares que llevaron a modificar la mentalidad médica en Colombia. Igualmente, en ese entonces se cambió de un modelo de enseñanza más formativo y de acercamiento a la cultura hacia uno de mera capacitación técnica (pp. 233-266). Esto causó una falencia en el conocimiento de la bioética que ha debilitado la formación médica, lo que ha prolongado la presencia del conflicto en dicha comunidad.

Los modelos pedagógicos están incorporados en la formación de los profesionales en las áreas de la salud. El análisis de ellos y las relaciones entre las competencias y la formación profesional por desarrollar en los estudiantes son conceptos expuestos en el trabajo de Pinilla (2011). Ella analiza el concepto de modelos pedagógicos y de lineamientos de la formación profesional, particularmente en especialidades médicas, mediante la relación docencia-servicio y el aprendizaje basado en problemas (pp. 204-218). También enfatiza en que en la educación y la práctica profesional en salud de la medicina se debe tener el fundamento tanto pedagógico como epistemológico por tratarse de la prestación de servicios a pacientes y a la comunidad. Por esta razón, el conocimiento debe aplicarse con responsabilidad y ética.

La autora cita el proyecto Tuning en América Latina (2007) en medicina, que entre sus conclusiones y sugerencias plantea que las competencias asociadas al desempeño profesional, que corresponden a las competencias genéricas o transversales, son la gestión de servicios en salud, bioética, aspectos legales y comunicación. “La competencia ética es el profesionalismo” (slogan del proyecto Tuning) se entiende como un conjunto de valores, principios y normas de actuación con las cuales se ha de ejercer una profesión (Escudero, Vallejo y Botías, 2008, p. 19, citados en Pinilla, 2011). Dichas competencias al parecer deben reforzarse en los estudiantes para mejorar su formación integral y la convivencia en los escenarios de práctica.

El artículo en el que se presenta los resultados sobre la investigación “Conflictos éticos en el aprendizaje de los residentes” escrito por Garrido (2006) pretende establecer un recorrido de la mano de los principios de la bioética con una serie de orientaciones como punto de partida para discutir la detección, solución y prevención de conflictos éticos ligados a la docencia de la medicina. Con base en sus resultados, el autor propone una ética de “mínimos” como enfoque para orientar la tarea que los tutores tienen con los residentes basado en los principios de no-maleficencia y de justicia y la de “máximos” en el binomio autonomía-beneficencia, no-maleficencia (p. 497). El autor afirma que no es suficiente con hacer consciente, enunciar y ayudar a hablar de problemas que existen o de potenciales fuentes de problemas, sino que es necesario hacer más compleja la práctica, en este caso, la docente. Esto implica poner en evidencia la complejidad ya existente. Para él, dar nombre y clasificar los problemas son el inicio del camino para solucionarlos. Así las cosas, determina cómo la dimensión moral es inherente a la práctica profesional sanitaria. Esta cuenta con tres dimensiones: asistencia, investigación y docencia. Esta última se ha visto inmersa en algunos cambios respecto al origen de los conflictos bioéticos vinculados con problemas morales y con la introducción de nuevos conceptos pedagógicos, pues se ha pasado de un aprendizaje basado en el docente a un aprendizaje basado en el alumno (pp. 493-502).

El aprendizaje de la bioética en Latinoamérica se ha ampliado y puntualmente es así cómo Outomuro (2003) manifiesta en su texto “Algunas observaciones sobre el estado actual de la bioética en Argentina” la importancia de hablar sobre la bioética en Argentina, donde coexisten las etapas emotiva, reconstructiva y de consolidación disciplinaria, con todos los peligros inherentes a cada una de ellas. El legalismo, la juridización de los conflictos éticos, el fundamentalismo, el charlatanismo, la expertocracia y el snobismo desvirtúan su cometido de convivencia democrática. Esta postula que la bioética debe promover la realización de la comunidad ideal de comunicación y que, por lo tanto, el carácter pluralista, transdisciplinario y procedimental debe prevalecer en este discurso (pp. 30-35).

La obra *Educación permanente en salud* de Davini (1995) establece que la educación debe ser constante para los profesionales del talento humano en salud. Por tal motivo, los ejecutores de programas de la Organización Panamericana de la Salud deben evaluar cómo se está formando el profesional en salud, por ejemplo, si recibe solo transmisión de conocimientos, adiestramiento o si se genera una formación reflexiva e integral que va

dirigida a lograr la construcción de un profesional con sentido social y ético. Davini indica cómo los análisis de los procesos de educación permanente del personal de salud son una estrategia de intervención pedagógica institucional que se orienta a mejorar la prestación del servicio de forma individual y colectiva con eficiencia y eficacia (pp. 23-29).

El estudio "Didáctica aplicada a las ciencias de la salud" de Secchi (2001) describe el modelo de aprendizaje basado en problemas y propone reflexiones sobre la enseñanza pedagógica que influyen en la práctica docente asistencial para trabajar en forma grupal basada en competencias para los estudiantes de las áreas de la salud (p. 450).

El artículo sobre la evaluación de aspectos bioéticos en los profesionales de la salud de Zabala-Blanco *et al*. (2007) identifica cómo los miembros del equipo de salud presentan déficit de conocimientos sobre bioética y una percepción de insuficiente respecto a los derechos básicos del usuario. Ellos invitan a fortalecer la formación de los estudiantes para que dichas falencias no afecten a la prestación del servicio en salud.

La investigación hecha por García y Pinto (2011) "La bioética en la medicina actual: una necesidad en la formación profesional" visibiliza y describe la insuficiente presencia de la bioética en la medicina actual y las carencias sobre el tema en el diseño del plan de estudio. Recomiendan que se debe implementar la bioética en el currículo de esta carrera. Especialmente se requiere reforzar en valores y en el ejercicio bioético valorativo en el nuevo modelo de formación profesional.

Olivera (2010) identifica el aporte del estudio Flexner y agrega que con la aparición del ordenamiento académico de las disciplinas médicas se ha permitido el desarrollo del modelo pedagógico y asistencial de la medicina. Olivera nos muestra tres tipologías que son representativas del accionar clínico y laboral que contemplan como eje de clasificación las generaciones: los médicos "antiguos" de corte humanístico, los intermedios con actitud pragmática, y los emergentes, muy soñadores, pero a veces confundidos (pp. 353-358).

Los autores citados en la revisión anterior coinciden en la importancia de fortalecer la enseñanza en bioética para mejorar la formación de los estudiantes de las áreas de la salud y así lograr el ejercicio de una medicina más humana y con responsabilidad social. En especial el estudio de Pineda (2014) es de gran relevancia para la investigación que se está proponiendo porque describe el impacto que sufrió la formación del médico al pasar de un

modelo de enseñanza más formativo y de acercamiento a la cultura hacia uno de mera capacitación técnica basado en la visión biomédica de laboratorio.

Las investigaciones sobre las prácticas formativas arrojan trabajos que se centran en la experiencia de los estudiantes de áreas de salud en la atención al paciente. Estas muestran las tensiones y situaciones que aparecen en la prestación del servicio y en los conflictos bioéticos irresolubles que asedian a los estudiantes. De estos trabajos se puede concluir que hay dificultad en el uso de conceptos y principios que proporciona la educación en bioética. La consecuencia es que se alimentan los conflictos e inclusos se generan otros que vuelven aún más tensas las situaciones que viven los estudiantes, los docentes y los usuarios en los hospitales.

La investigación realizada por Arango (2013) "Tensiones que emergen entre los tipos de clima ético organizacional y los conflictos éticos que se presentan a médicos y enfermeros en tres IPS de Bogotá" identifica los factores de prevalencia que se manifiestan en las tensiones que emergen en el clima ético organizacional entre médicos y enfermeros. También incluye a los médicos residentes que se encuentran en las prácticas formativas, porque son parte de los conflictos que se presentan en las IPS y algunas veces afectan la atención del paciente.

Ella señala que "En los hospitales universitarios suele pasar eso en todos los niveles incluso en medicina. El residente más grande soba al más chiquito así el que tenga razón sea el chiquito" (p. 93) y menciona "que suele actuar como médico tratante y como profesor universitario quien ostenta el mayor poder dentro de la jerarquía médica" (p. 93). Otro factor, relacionado con la estructura que influye en la trasmisión de valores y principios, es los modelos de prestación de los servicios de las IPS, ya que estos no aclaran el nivel de responsabilidad del médico o del servicio tratante (p. 94).

La investigación de Villegas (2011) "El valor de la autonomía en las prácticas comunitarias" enmarca los aspectos éticos y de autonomía profesional en la formación del pregrado para fortalecerlos. Esta vez la perspectiva se hace desde el eje social, material e individual. Así, el aprendizaje de las normas y los criterios que servirán de base para el autogobierno en la práctica profesional puede incorporar la consideración intersubjetiva con los individuos.

En su investigación “Desconfianza, civilidad y estética: las prácticas estatales para formar a la población por fuera de la escuela en Bogotá”, Sáenz (2006) identifica cómo de manera esquemática se puede señalar que las instituciones educativas formales y no formales, los lugares de trabajo, y las instituciones políticas, jurídicas y médicas buscan disciplinar de manera explícita las formas de conocer. Simultáneamente, el ámbito de la familia, la vida cotidiana, las instituciones y escenarios religiosos, y los medios masivos de comunicación es donde se constituyen las nuevas formas de ver, sentir, desear y anhelar de los ciudadanos.

El artículo “Síndrome de desgaste profesional en médicos internos y residentes” de Guevara *et al*. (2004) describe cómo los médicos internos y residentes del Hospital Universitario del Valle se pueden ver afectados psicológicamente cuando se encuentran en sus prácticas formativas. La causa es el exceso de turnos, una carga asistencial y académica muy alta, asociada a la disfunción familiar que los afecta en lo personal y en la prestación del servicio a los pacientes. En la actualidad se acepta que el síndrome de desgaste profesional (SDP) es un síndrome de agotamiento profesional, despersonalización y baja realización personal que puede ocurrir en individuos que trabajan con seres humanos (p. 173).

La investigación “Caracterización de los modelos de interacción médico paciente y su relación con la toma de decisiones clínicas, en gestantes de alto riesgo, en un hospital universitario de la ciudad de Medellín” realizada por Mesa (2014) hace una reflexión no solo sobre la interacción del médico con el paciente, sino también sobre el actuar del personal en formación. Esto lo hace teniendo en cuenta que la bioética se ha encargado de introducir dentro de la formación médica la necesidad de fomentar competencias y saberes en los futuros profesionales que les permitan la toma de decisiones a distintos niveles en los que se ponen en juego valores éticos, para lo cual el saber profesional se muestra insuficiente (p. 16).

La autora hace alusión a las palabras de Ovalle (2009, citado en Mesa, 2014, p. 16),

> […] la bioética empieza a emerger en aquellos escenarios en los que se interroga entre otros aspectos sobre el deber ser del médico con respecto al uso de tecnologías; los desarrollos éticos en torno a la toma de decisiones clínicas, los modelos deliberativos y metodologías que orienten discusiones relacionadas con los dilemas que surgen en los ámbitos clínicos y de investigación.

Se aduce que la docencia va en detrimento de la calidad de la asistencia y en el incremento de los costos. Sin embargo, desde perspectivas diferentes, la academia plantea retribuciones

difícilmente medibles en el proceso de atención de los usuarios que actúan en beneficio del paciente, como sería una rigurosidad académica mayor, más preocupación por el paciente, mayor compromiso y deseo de bienestar, entre otros aspectos (p. 16).

También la investigación expresa que cada vez es más claro que la bioética debe formar parte de la formación de los profesionales de medicina. Para algunos como Crucero-Vidal, la bioética

> […] es ética cívica aplicada a la relación clínica, lo que supone la incorporación de los derechos civiles y sociales a dicha relación, y la identificación y el manejo de los conflictos de valores surgidos de esta interacción. La enseñanza de la bioética en las facultades de medicina debe insertarse, como el resto de las asignaturas, en el marco de las competencias. (p. 24)

La investigación hace referencia a Escobar Triana, quien plantea en el prólogo de la *Revista Colombiana de Bioética* del 29 de noviembre del 2008 dedicada a la educación, citando a Malcolm Deals,

> […] en la crisis ética del país no es necesario cambiar valores sino comportamientos, para lo cual admite que una pedagogía ética puede ser de gran utilidad y propone entonces promover comportamientos éticos, que tengan "potencial multiplicador", en este contexto investigar sobre cómo se desenvuelve la relación médico paciente en el área de docencia asistencia. Los estudios sugieren que las experiencias clínicas de los estudiantes de medicina constituyen un currículo informal u oculto, el cual les sirve o ayuda a determinar su desarrollo profesional. Los profesores que actúan como modelos negativos, especialmente aquellos que muestran un comportamiento no ético hacia sus pacientes, son citados más frecuentemente como aspectos problemáticos dentro de este currículo. (p. 25, citado en Mesa, 2014)

De igual manera, el estudio manifiesta cómo el profesor debe inculcar en los estudiantes de medicina una actitud de respeto por la integridad e intimidad de los pacientes y sus allegados. Los principios bioéticos de autonomía, justicia, no-maleficencia y beneficencia deben desarrollarse en los estudiantes a través de sus actividades curriculares y extracurriculares. La labor docente no debe ceñirse únicamente a los aspectos científicos, sino que debe asumirse a la formación de valores de los estudiantes en las ciencias médicas (p. 38).

La autora cita a Ocampo Ramírez quien plantea una reflexión bioética como reflexión filosófica, lo cual permitiría ampliar una mejor comprensión del mundo actual (con sus avances biomédicos, los cambios sociales, la defensa de los derechos humanos como derechos civiles y morales) y la resolución de dilemas, especialmente aquellos enmarcados en el acto médico. Así las cosas, los dilemas éticos más frecuentemente encontrados durante la formación están relacionados con el cuidado de los pacientes y pueden agruparse en tres categorías: conflictos entre educación médica y cuidado de los pacientes, responsabilidades que exceden las capacidades de los estudiantes y la participación en el cuidado es percibida como deficiente (Mesa, 2014, p. 38). Vemos, entonces, que es desde la formación de nuevos profesionales que podemos ir introduciendo los cambios necesarios para la búsqueda de unos modelos de relación médico-paciente acordes a las necesidades de nuestras comunidades; con ellos podremos conseguir restaurar la importancia de la relación médico-paciente entre nuestros usuarios (Mesa, 2014, p. 38).

La investigación realizada por Arango (2013) es considerada relevante porque habla de los conflictos que afectan el clima organizacional de tres IPS de Bogotá con diferentes características y visibiliza a los estudiantes en prácticas formativas como parte de la tensión. Esta explica que la repetición de modelos frente al relacionamiento es la causante de la tensión en las actividades que implican el trato en la prestación de los servicios de salud. Es oportuno revisar desde la bioética qué aporte se puede dar para que se minimicen o prevengan los conflictos en las prácticas formativas.

En lo que concierne a la revisión del estado de la cuestión sobre la Política Nacional de Talento Humano en Salud se encuentran algunos estudios que nos muestran los lineamientos relacionados con la formación del talento humano en salud; otros dan definiciones sobre la política pública, sus objetivos y el espíritu de su elaboración. Estos aportan a su comprensión al aclarar cómo se realiza una política pública, cómo se ejecuta y cómo se evalúa.

La Política Nacional del Talento Humano en Salud (PNTHS) (2018), realizada por la Dirección del Desarrollo del Talento Humano en Salud, una dependencia del Ministerio de Salud, se articula, en primer lugar, con las normas del sector educativo y laboral. En segundo lugar, orienta sus acciones en el marco de los lineamientos de la Política para el Fortalecimiento del Sistema de Formación de Capital Humano que se define en el documento

Conpes 3674 del 2010, según la particularidad y autonomía de cada sector. En tercer lugar, plantea sus acciones acorde tanto a las necesidades de la población como a los objetivos y las capacidades del sistema de salud colombiano. Esta política promueve la formación del talento humano en salud mediante competencias que integren los conocimientos, las habilidades, las cualidades y las actitudes para el adecuado ejercicio de los profesionales en salud. La formación del profesional en salud podría fortalecerse robusteciendo la formación en bioética, lo cual facilitaría tanto la solución de los conflictos éticos y bioéticos en las prácticas formativas, como la compresión hacia las necesidades de la población y del sector salud por parte de los estudiantes (p. 49).

La publicación de la Política de Talento Humano del Sector Público de Salud del Distrito Capital (2014), documento técnico de la Dirección de Gestión del Talento Humano, dependencia de la Secretaría Distrital de Salud, orienta sus esfuerzos a mejorar la prestación de los servicios en salud mediante redes de atención que cuenten con escuelas de medicina acreditadas las cuales tengan énfasis en la formación de estudiantes con un espíritu solidario y de servicio a la comunidad, acompañado de un comportamiento ético que exige el ejercicio de su profesión (p. 26). También promueve la transformación de los hospitales distritales en centros de docencia e investigación en salud para garantizar la prestación del servicio y la capacidad del talento humano en salud (p. 36).

El estudio realizado “Lineamientos incorporación del enfoque intercultural en los procesos de formación del talento humano en salud, para el cuidado de la salud de pueblos indígenas en Colombia” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017) incorpora la orientación intercultural como parte de sus políticas, considerando la construcción de lineamientos del talento humano en salud que incluyen los saberes ancestrales de los pueblos indígenas, lo cual aporta a mejorar la prestación del servicio integral de salud (p. 5).

Tales lineamientos se basan en el principio fundamental de la Constitución Política de Colombia de 1991, que declara que “El Estado reconoce y protege la diversidad étnica y cultural de la nación colombiana” (art. 7), al igual que en el artículo 68 que establece que “Los integrantes de los grupos étnicos tendrán derecho a una formación que respete y desarrolle su identidad cultural”.

Así las cosas, la PNTHS reconoce que se requiere la formación del talento humano en salud con competencias para dar respuesta a la implementación de un enfoque intercultural

que garantice los derechos culturales de los pueblos. Lo anterior permite intuir que en la construcción de políticas actuales se tiene la disposición de incluir lineamientos para mejorar la formación del talento humano en salud en sus diferentes dimensiones, como el manejo y la prevención de conflictos.

La publicación realizada por la Pontifica Universidad Javeriana como apoyo a las reformas en salud "Los recursos humanos de la salud en Colombia. Balance, competencias y prospectiva" (2007) plantea el posible desarrollo futuro del mercado laboral en salud con un análisis de potenciales escenarios en la política educativa y de servicios, teniendo en cuenta los tres mercados que se interconectan: oferta en educación, oferta en servicios y oferta laboral. Dicho estudio contó con la información más actualizada que sirviera de sustento para la formulación de políticas por la reforma a la salud, con énfasis en la administración de los recursos desde los entes de aseguramiento y la administración descentralizada de los entes territoriales.

Para lo anterior se contó tanto con información de bases de datos como Icfes, SNIES, entre otras, como con encuestas de programas, capacidad instalada y currículos. Se emitieron algunas conclusiones, con posibilidad de extraer otras adicionales, que sirven para la toma de decisiones en los niveles políticos, académicos, personales y familiares. Dicho trabajo parece ser el inicio de lo que deberá ser una política real de recursos humanos, y una labor continuada de investigación y actualización sobre el sistema de seguridad social, que requiere herramientas pertinentes para orientar su buen desempeño. Al parecer el país pasa por un momento en que es evidente que hay que mejorar la convivencia del recurso humano que interactúa tanto en un entorno económico como en uno organizacional en condiciones de productividad y eficiencia.

También el estudio realizado por Ortiz *et al*. (2013) "Segunda medición a las metas regionales de recursos humanos en salud" presenta cómo dicho trabajo hace parte de la construcción de la PNTHS, y constituye un eje fundamental para el logro de los objetivos del texto producido por el Desarrollo del Milenio (2005) según la Organización Panamericana de la Salud, que presentó en la región de las Américas cinco desafíos, considerados críticos, para el desarrollo de los recursos humanos en la década.

Posteriormente, y según las características propias del país, se identificó la fuente de información para cada uno de los indicadores, lo que contó con el apoyo de los miembros del

Consejo Nacional de Talento Humano en Salud (CNTHS). Así mismo, se creó el Observatorio de Talento Humano en Salud (OTHS) mediante la Ley 1164 del 2007 como un organismo asesor del Gobierno Nacional, de carácter y consulta permanente, para la definición de políticas, encaminadas al desarrollo del talento humano en salud (p. 10). Por lo anterior, los "observatorios nacionales de los RHS son esenciales […] para dar respuesta a las necesidades del país" (p. 10) y se convierten en una instancia esencial para la sustentación de política desde el Ministerio, las Direcciones Territoriales de Salud y demás actores interesados en el sector.

Los observatorios hacen parte del repositorio de datos para la medición de las metas trazadas, específicamente para esta investigación se indagó sobre la meta 10. Esta habla sobre la adopción de un Código Internacional de Práctica o desarrollador de normas éticas sobre el reclutamiento internacional de trabajadores de la salud. En relación con el tema aún no existe dicho código de prácticas sobre contratación internacional, ni existe evidencia de acciones de divulgación o de adopción del Código que favorezcan la planificación y gestión de la migración del THS (p. 17). Sin embargo, el país extiende a los extranjeros las disposiciones legales aplicables en el mercado laboral en materia de contratación que se aplica a los colombianos.

La meta 17 se refiere a la acción que deben realizar las escuelas de ciencias de la salud reorientando su formación hacia la atención primaria de salud, las necesidades de la salud comunitaria y la incorporación de estrategias para la formación interprofesional. Desde los Ministerios de Salud y Educación se participa para la definición de las competencias de los profesionales del área de la salud en el marco de las necesidades de salud de la población colombiana y el sistema de salud.

Esto se realizará al incorporar la resolución y al gestionar la formación en el mejoramiento de la calidad y humanización de los servicios, lo cual permitirá la reducción de brechas de desigualdad evitable en el acceso a los servicios en el marco del desarrollo de la estrategia (p. 18). Entonces observamos cómo la política se acerca al fortalecimiento de la ética en algunos aspectos y a mejorar la prestación del servicio de salud con humanización.

El estudio de Torres-Melo y Santander (2013, p. 11) *Introducción a las políticas públicas. Los conceptos y herramientas desde la relación entre el Estado y la ciudadanía* describe en forma pedagógica los elementos básicos para hablar de política pública,

utilizando para ello una representación denominada ciclo de política pública. De esta manera, los expertos nos introducen en el área y nos permiten comprender las fases por las que atraviesa la inclusión, la formulación, la implementación, el seguimiento y la evaluación de una política pública. El término representación para efectos educativos es muy útil para ubicar los diferentes momentos por los que una sociedad y un Estado pasan para configurar una política pública en cualquier área, puesto que la vida real, como dicen los expertos, es mucho más compleja y complicada.

También el estudio "Bioética: herramienta de las políticas públicas y de los derechos fundamentales en el siglo XXI" de Zamudio (2012) establece un enfoque que debería basarse sobre todo en la práctica y la experiencia, lo que abriría el camino al método empírico y a la cultura de la prevención. Basta ver en ella un símbolo y una realidad temprana de la interdisciplinariedad, no discriminación y diversidad, todos ellos caracteres de la bioética de hoy (pp. 45-60). De igual manera, se pregunta si la bioética está en un estadio preparadigmático (p. 229).

El artículo "Herramienta para la gestión de convenios de docencia-servicio en instituciones prestadoras de servicios de salud" de Ortiz *et al*. (2015) propone una herramienta que está basada en la norma de la relación docencia-servicio y su diseño facilita a la Dirección la supervisión, el monitoreo y la evaluación de convenios de docencia-servicio en las instituciones prestadoras de servicios de salud. Con esto se busca garantizar el respeto a los derechos de los usuarios, la calidad de los servicios prestados, la seguridad del paciente y la humanización de la atención, aspectos que no pueden ser afectados negativamente por el desarrollo de las prácticas académicas. El ejercicio del trabajo de esta investigación involucra en su esquema las prácticas formativas de los estudiantes del talento humano en salud para indagar si su presencia en las IPS influye negativamente en la prestación del servicio (p. 11).

Es importante anotar que los estudios citados nos demuestran cómo la política toca aspectos éticos en la formación del talento humano en salud de forma tangencial, en especial el realizado por Ortiz *et al*. (2013) dentro de las propuestas de la Organización Panamericana de la Salud.

También es relevante agregar, en cuanto a la estructura conflictiva del ethos, lo tratado en el texto Éthos Médico de Verónica Gil. Las significaciones imaginarias de la profesión médica en México", refiere que la medicina ha tenido que ganar un lugar y "un reconocimiento social", y por eso han creado un "modo de ser", para determinar un significado social y así constituir imaginariamente la profesión, porque el prestigio social ha disminuido. También el contexto, las reglas y valores han cambiado de posición obedeciendo a los aspectos de mercado, políticos y económicos. Utilizan en el hospital ropa blanca, lenguaje científico, símbolos y códigos, así como las jerarquías entre médicos especialistas, generales y enfermeras que son parte del funcionamiento de una institución médica. (Gil, 2004, p. 22).

Por último, se define como mercado a la acción de comercializar; en el mercado de salud la mercancía se denomina servicio. En relación con el Modelo Médico Hegemónico que hace referencia a la lógica del mercado biomédico que fundamenta la formación del THS y la prestación del servicio, al parecer este se articula muy bien con el método mercantilista y neoliberal del sistema sanitario en Colombia. El artículo "Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias" refiere que la biomedicina hace parte de las formas de atención, "dentro de procesos económico-políticos e ideológico-culturales", y en relación con pacientes que están cambiando su actitud y expectativas de trato. Menéndez (2020).

CAPÍTULO 3. ENFOQUE METODOLÓGICO

3.1. Análisis crítico del discurso

El análisis crítico del discurso (ACD) permite una lectura del poder hegemónico que rige las dinámicas sociales implícitas en los textos (Stecher, 2010; Van Dijk, 1999) porque propone un análisis textual sistemático del ejercicio del poder en los diferentes agentes mencionados en un texto o un conjunto de textos. El ACD estudia "el lenguaje como práctica social" (Fairclough y Wodak, 1997, citados en Wodak y Meyer, 2003, p. 18) y determina que el contexto de la utilización del lenguaje es decisivo, por lo cual su objetivo es buscar "la relación entre el lenguaje y el poder" (p. 18). Actualmente, el ACD se usa "para hacer referencia al enfoque, que, desde la lingüística crítica (LC), hacen los académicos que consideran que la amplia unidad del texto discursivo es la unidad básica de la comunicación" (Wodak y Meyer, 2003, p. 18). Desde el prisma de esta metodología, los discursos políticos, institucionales, de género y mediáticos dan testimonio de que existen unas relaciones abiertas de lucha y conflicto.

Se plantea investigar de una forma crítica la desigualdad social como esa señalada, expresada, constituida y legitimada por los usos del lenguaje. Según Habermas (1977, pp. 11-39, citado en Wodak y Meyer, 2003, p. 19, "el lenguaje es también un medio de dominación y una fuerza social. Sirve para legitimar las relaciones del poder organizado. En la medida en que las legitimaciones de las relaciones del poder, […] no estén articuladas, […] el lenguaje es también ideológico". Es decir, existen estructuras de dominación legitimadas por ideologías de grupos poderosos que fijan relaciones sociales y las naturalizan a través del discurso. Fairclough afirma sobre la labor crítica del ACD que

> […] en los asuntos humanos, las interconexiones y lo encadenamientos de causa y efecto pueden hallarse distorsionados en lugares ocultos a la vista, lo cual lleva a la conclusión de que la "crítica" consiste en hacer visible la interacción de las cosas. (citado en Wodak y Meyer, 2003, p. 19)

En consecuencia, el ACD se define como la disciplina que "se ocupa de analizar, ya sean opacas o transparentes, las relaciones de dominación, discriminación, poder y control, tal como se manifiestan a través del lenguaje" (p. 19).

El lenguaje en sí mismo no ejerce el poder, sino que "obtiene su poder por el uso que las personas poderosas hacen de él" (Wodak y Meyer, 2003, p. 30). Esto explica por qué el

ACD se ocupa a menudo de quienes sufren y analiza el lenguaje de quienes poseen el poder, de los que tienen la responsabilidad de que existan las desigualdades pero que a su vez disponen de la oportunidad y las formas de mejorar las condiciones actuales (p. 31). Las relaciones de diferencia, especialmente las que corresponden a las estructuras societales, tienen afinidad con el poder. Estas estructuras trabajan en dos sentidos: como grupo y como instituciones. El ACD es simultáneamente un análisis cognitivo, social y político centrado en el papel de los discursos tanto en el plano local y global, como en aquellas estructuras. El lenguaje se halla entretejido con el poder social de muchas maneras: en la clasificación del poder con el lenguaje, en su expresión de poder, en el desafío de poder o contienda para conseguirlo. Se constituye así un intermedio finamente articulado para las diferencias de poder existentes en las estructuras sociales jerárquicas (Wodak y Meyer, 2003, p. 31). Por esta razón, en un nivel lingüístico, el ACD se interesa tanto por las expresiones o manipulaciones del poder a través de diversas formas gramaticales, como por el control que ejercen sobre las personas a través del texto (Wodak y Meyer, 2003, p. 32).

La ciencia crítica de cada forma de conocimiento va más allá de su descripción y aplicación, ya que plantea preguntas que aluden a la responsabilidad, la ideología y los intereses. El ACD, en esa misma línea crítica, no se enfoca exclusivamente en lo teórico o académico, pues

> […] su punto de partida se encuentra en los problemas sociales predominantes, y por ello escoge la perspectiva de quienes más sufren para analizar de forma crítica a quienes poseen el poder, a los responsables, y a los que tienen los medios y la oportunidad de resolver dichos problemas. (Van Dijk, 1986, p. 4, citado en Wodak y Meyer, 2003, p. 17)

Según Pardo (2012, p. 47), “el desentrañamiento de las formas de ejercicio discursivo del poder está orientado a visibilizar la otredad, lo diferente; los métodos en que se organizan las estructuras sociales y se equilibran las relaciones entre los miembros de un grupo”. En la perspectiva de Wodak y Meyer (2003), “la relación discurso-sociedad vincula el poder, lo expresa y da cuenta de los conflictos y tensiones que implican cuando, discursivamente, se desafían los ejercicios del poder discriminatorio y excluyente” (citados en Pardo, 2012, p. 47). Esto conduce a reconocer las diferentes dimensiones de la vida social para reflexionar acerca de las “estrategias y los mecanismos mediante los cuales se reproduce la dominación

y se legitima la existencia de órdenes sociales discriminatorios, inequitativos y excluyentes" (p. 48).

Van Dijk afirma (1999, pp. 23-26) que el ACD contribuye tanto en el entendimiento de las relaciones entre el discurso y la sociedad en general, como en la reproducción del poder social y la desigualdad (p. 24). En la política, el lenguaje es un recurso de poder por el control, la persuasión y la manipulación que se ejerce a través de él. El ACD centra la atención en cómo ese poder genera dinámicas de explotación, especialmente cuando se abusa y perjudica a otros con base en acuerdos, reglas y leyes justas. Bajo estos términos, el dominio hace referencia al ejercicio abusivo del poder, es decir, cuando los poderosos pueden abusar de su poder en detrimento de otros agentes (p. 28).

En resumen, las preguntas de base en el ACD son: ¿qué es el conocimiento?, ¿cómo se construye el discurso en las instituciones sociales y cómo este es a su vez constructor de ellas?, ¿de qué modo opera la ideología en las instituciones sociales?, ¿cómo obtiene y conserva la gente el poder en el interior de una comunidad dada? (Wodak y Meyer, 2003, p. 32).

En relación con la pertinencia de la decisión metodológica del presente trabajo se hace referencia a uno de los estudios en el campo de la bioética donde se siguió la metodología del ACD, de acuerdo con el articulo Bioética de la liberación y análisis crítico del discurso, se hace alusión a una reflexión con la ética en la práctica médica y relacionada con el personal de la salud con el paciente y sus allegados, a través del análisis crítico del discurso, donde se examina "el papel del lenguaje en la conformación de estructuras de poder desigual en esas relaciones". Barrantes, L (2016).

3.1.1. El concepto de discurso desde la perspectiva del análisis crítico del discurso

El ACD se basa en la teoría del discurso de Michel Foucault, la cual se pregunta en qué consiste el conocimiento (válido en un determinado lugar y momento), cómo evoluciona, cómo se transmite, qué función tiene para la constitución de los sujetos y la configuración de la sociedad, y qué impacto tiene en el desarrollo de la sociedad. Foucault define el conocimiento como todo el contenido que da forma a la conciencia o los significados que utilizan las personas que hacen la historia con la finalidad de interpretar y dar molde a la

realidad circundante (p. 61). En cuanto al poder de los discursos, él postuló que estos están dotados de un valor de verdad que los vincula a los diferentes mecanismos de poder y a las distintas instituciones en las sociedades occidentales (citado en Wodak y Meyer, 2003, p. 65). Para una mayor comprensión del problema del poder y del saber, es entonces relevante, primero, examinar con detalle la relación entre el discurso y la realidad societal; segundo, averiguar cómo se halla anclado ese poder en esa realidad societal y, tercero, indagar quién lo ejerce, sobre quién lo ejerce y con qué medios.

El discurso es considerado en el ACD el fluir del texto y la conversación a lo largo del tiempo; además, formulado en plural, los discursos tienen raíces históricas y están entretejidos (Jäger, 1993, p. 6, citado en Wodak y Meyer, 2003, p. 28). Uno de los objetivos de este consiste en desmitificar los discursos mediante el descifrado de las ideologías. Además de fijarse en los aspectos relacionados con la lucha por el poder y el control, el ACD también lanza una mirada minuciosa sobre la intertextualidad y la recontextualización de los discursos (Wodak y Meyer, 2003, p. 37). Basadas en esta conceptualización, Reisigk y Wodak (2001, citados en Wodak y Meyer, 2003, p. 46) tratan de instaurar una teoría del discurso que comprende el discurso como un acto lingüístico complejo en conjunto, que se interrelaciona simultanea y secuencialmente. Estos actos se manifiestan a lo largo y ancho de los campos sociales con temáticas interrelacionadas y variedades discursivas orales o escritas. Link (1983, p. 60, citado en Wodak y Meyer, 2003), por su parte, se pregunta por "la función de los discursos en la moderna sociedad industrial burguesa y capitalista, donde actúan como técnicas destinadas a legitimar y garantizar el gobierno". Él define el discurso como "un concepto del habla que se encontrará institucionalmente consolidado en la medida en que determine y consolide la acción y de este modo sirva ya para ejercer el poder" (p. 63). En este sentido, el discurso no es una mera expresión social, sino que contribuye a determinados fines de ejercer el poder a todos los efectos, porque son institucionalizados y están regulados al vincularse a la acción (p. 63). Por ejemplo, en los discursos dominantes criticados y considerados problémicos, hay verdades asumidas que se presentan como verdades racionales, sensatas e indudables.

Van Dijk (citado en Wodak y Meyer, 2003, p. 44) asegura que la teoría refleja los fenómenos de la realidad social, no solo la relación entre hipótesis causales. Este autor argumenta a favor de la vertiente la sociopsicológica del ACD, que se basa en una triada

entre el discurso, la cognición y la sociedad. Define el discurso como un acontecimiento comunicativo que incluye la conversación, el texto escrito, la mímica, los gestos, la disposición tipográfica e imágenes, al igual que cualquier otra dimensión "semiótica" o multimedia del significado (p. 44). Este autor comprende la lingüística en un sentido amplio, estructural y funcional, y propone que el ACD debe basarse en una teoría del contexto por el papel principal de las representaciones sociales (p. 44). Por lo tanto, introduce el concepto de modelos contextuales, los cuales corresponden a las representaciones mentales de las estructuras de la situación comunicativa que son discursivamente relevantes para uno de los participantes (p. 45). Los modelos contextuales controlan la parte pragmática del discurso, en tanto que los modelos de los acontecimientos hacen lo correspondiente con la parte semántica (p. 45). Van Dijk designa tres formas de representación social para lograr la comprensión del discurso: en primer lugar, el conocimiento (de las personas, grupos y cultura); en segundo lugar, las actitudes (no presentes en la comprensión sociopsicológica); y en tercer lugar, las ideologías. Todo esto pone de manifiesto el lugar de los discursos en el seno de la sociedad, los cuales únicamente se pueden comprender en la interrelación entre la situación social, la acción, el actor y las estructuras societales (p. 45).

Los actores sociales implicados en el discurso no solo utilizan sus estrategias y experiencias individuales, sino que se apoyan especialmente en los marcos colectivos de representación denominados representaciones sociales. Estas percepciones se comparten socialmente y conforman un vínculo entre el sistema social y el sistema cognitivo individual, además de proceder de la homogeneización, traducción y coordinación de exigencias externas subjetivas (Wodak y Meyer, 2003, p. 45).

Los discursos se vinculan mediante un simbolismo colectivo en forma de estereotipos culturales, frecuentemente llamados *topoi*, que se transmiten y utilizan de forma colectiva (Drews *et al*., 1985, p. 265, citados en Wodak y Meyer, 2003, p. 65). Se los describe como elementos de la argumentación que forman parte de las premisas obligatorias que tienen un carácter explicito o son de inferencia, así como «reglas de conclusión». Las formas de discriminación y exclusión social pueden examinarse a través de los *topoi*. Por ejemplo, el *topos* de ventaja o utilidad y el *topos* del humanitarismo se utilizan en las situaciones que presentan argumentos contra el trato desigual y la discriminación (p. 116). El *topos* de justicia, que se basa en la igualdad de derechos para todo, se relaciona con la seguridad social

que genere un trato igualitario para todos (p. 117). Por último, el *topos* del abuso se visibiliza cuando se identifican características de explotación. La realidad societal o paisaje político de la sociedad se construye a través de los *topoi* y la representación que brindan las imágenes que todos conocen. Estos vínculos con los que se produce la imagen en un contexto político o societal son las fracturas de imágenes o catacresis. Son metáforas que no se identifican como tal, por lo cual "operan creando vínculos entre las afirmaciones y áreas de experiencia, superando las contradicciones, generando verosimilitudes y aceptaciones" (p. 65).

Los discursos están entretejidos unos con otros como trenzas, son dinámicos, van creciendo y dan lugar a una "masa de devanado discursivo" que les permite crecer. Jäger (2001, citado en Wodak y Meyer, 2003) afirma que el ACD hace el esfuerzo por desenredar esta masa de discursos (p. 65) y por eso plantea una gama de herramientas terminológicas para identificar con claridad la estructura del discurso. El hilo discursivo hace referencia a "procesos discursivos temáticamente uniformes" (p. 80) que representan lo que se ha dicho, se dice y se dirá, entendiéndose como una gama de apariciones (p. 80). Cada uno de esos hilos está conformado por fragmentos discursivos, elementos que abordan determinados temas (p. 81), y se juntan de tal manera que forman un enmarañamiento de hilos discursivos, unidos por un tema principal que hace referencia a otros temas, los cuales a veces parecieran no tener relación el uno con el otro. Estos se mueven en planos discursivos o ubicaciones societales que guardan relación unos con otros y pueden repercutirse entre sí. En otras palabras, los hilos discursivos operan en varios planos. Al perfilar los acontecimientos que perfilan a los hilos, aparecen los contornos del contexto discursivos, cuyas raíces son discursivas con un especial énfasis en lo político (p. 82). Se puede determinar que hay discursos dominantes en la sociedad que se correlacionan y algunas veces son uniformes (p. 83). En todo caso, el discurso dominante y hegemónico establece posturas discursivas que, por ejemplo, no ponen en duda el sistema económico predominante. Este término se refiere a la ubicación ideológica específica que determina el resultado claramente entretejido. La postura configura el manejo del relato a través del conocimiento de la población para su manipulación (p. 84). Todo este entramado revela la red del discurso societal global, cuyas raíces se encuentran particularmente entrelazadas y con gran interdependencia. El objetivo del ACD, según Wodak y Meyer (2003, p. 85), es "desenmarañar esa red y avanzar, como

regla general y antes que nada, por medio de la resolución del discurso individual que incide en los planos discursivos del individuo".

Jäger (2001, citado en Wodak y Meyer, 2003) también propone unos pasos metodológicos para la realización de un ACD, que deben ser la base estructural pero que pueden incluir variantes. Primero, se hace una breve caracterización del plano discursivo para, segundo, determinar y procesar el material base. Tercero, se realiza el análisis a través de la valorización del material procesado al ponerlo en relación con el/los hilo(s) discursivo(s). El procesamiento del material incluye la caracterización general de los hilos discursivos, el análisis de los fragmentos discursivo a través del cual se establece el marco institucional (contexto), la superficie textual, los medios retóricos y las afirmaciones ideológicas. Cuarto, se da un análisis fino de algunos fragmentos discursivos de los hilos y también de la postura discursiva de los textos. Por último, se hace un análisis global del sector estudiado.

3.2. Análisis crítico del discurso aplicado al marco normativo en salud

La presente tesis utiliza el ACD como herramienta metodológica para determinar cómo a nivel discursivo se posibilita la discriminación, la exclusión y el abuso de poder en el marco normativo en salud. Este consiste en un plano discursivo que rige las prácticas formativas del talento humano en salud y que las orienta en el trato interpersonal que deben tener en las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS). Mis fuentes primarias de análisis son la Política Nacional del Talento Humano en Salud y las leyes, los decretos, las resoluciones y los acuerdos relacionados con el sistema de salud colombiano. El plano del marco normativo influencia lo que sucede en el plano de las relaciones entre los agentes del talento humano en salud. Estos agentes son el gobierno, el personal sanitario, las instituciones prestadoras de servicios de salud, el usuario (paciente), el formador y el estudiante de las áreas de la salud. Las condiciones laborales y funciones de los agentes dentro del contexto discursivo, a saber, los hospitales, las IPS y las entidades educativas, configuran los fragmentos discursivos que forman cada hilo discursivo. Se plantea que los principales hilos que se entretejen y atraviesan los planos discursivos son el mercado laboral, el mercado educativo y el mercado de servicios. Se consideran hilos discursivos puesto que implican procesos unidos a condiciones específicas que determinan la configuración de las relaciones entre agentes del

THS. Por último, la postura discursiva en la que interactúan los hilos a través de los planos discursivos en unos contextos discursivos específicos es el modelo económico neoliberal, que es la base del marco normativo y del *statu quo* del Estado colombiano (véase "Introducción"). En la figura 1 se presenta de forma esquemática la estructura del discurso en cuestión.

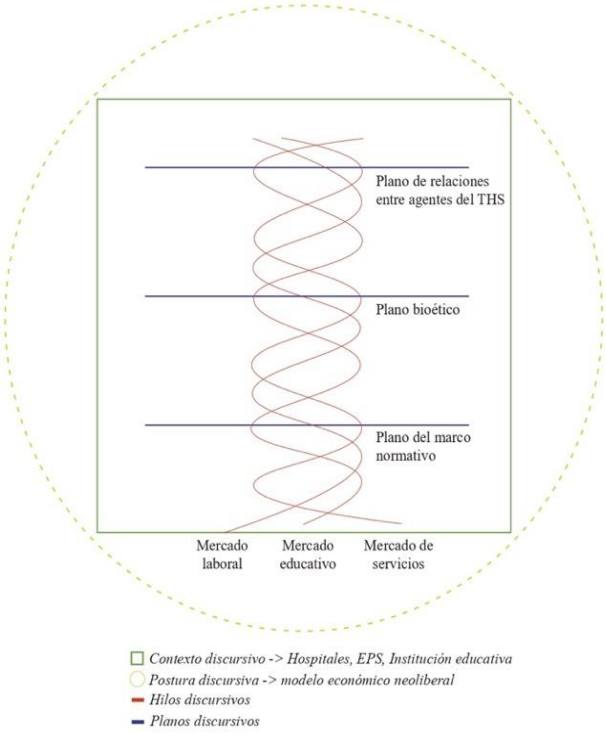

Figura 1. Estructura del discurso

La forma en que se procesará el material de las fuentes principales se fundamenta en la representación de los agentes del THS y la relación entre ellos. Para determinar cómo se representan, se siguen las preguntas planteadas por Wodak (2001, citado en Wodak y Meyer, 2003) como parte del ACD:

1. ¿De qué modo se nombra a las personas y de qué modo se hace referencia a ellas?
2. ¿Qué rasgos, características y cualidades se les atribuye?
3. ¿Por medio de qué argumentos y de qué esquemas argumentativos tratan algunas personas o grupos de justificar y legitimar la exclusión, discriminación, la supresión y la explotación de otros?
4. ¿Desde qué punto de vista se expresan estas etiquetas, atribuciones y argumentos?

5. ¿Se articulan abiertamente las respectivas afirmaciones? ¿Resultan intensificadas o atenuadas. (p. 114)

La representación y las relaciones entre el THS conforman los fragmentos discursivos sobre los que se realiza un análisis fino en los términos planteados por Jäger (2001, citado en Wodak y Meyer, 2003). En el contexto discursivo de un grupo social compartido se ejerce un control del discurso y los roles sociales están definidos, por lo que las relaciones entre los participantes pueden ser de conflicto, dominación o cooperación. Los actos sociales de los agentes se cumplen en un escenario, tiempo y lugar específico, y cuentan con creencias de los participantes como intenciones, conocimiento y objetivos. Las situaciones sociales tienen propiedades que producen efectos por encontrarse en un contexto de abuso de poder y de recursos sociales —ingresos, estatus, conocimiento y competencias— que buscan generar credibilidad y legitimidad por estar controladas por los grupos dominantes que contribuyen a la credibilidad del discurso (p. 31).

Todos estos componentes discursivos son influenciados por la postura discursiva del modelo neoliberal, que fomenta las relaciones de dominación jerarquizadas con desigualdad de condiciones. La preocupación central del ACD es cómo el discurso se halla implicado en la reproducción de la dominación que posibilita el abuso de poder por parte de algunos agentes por la falta de mecanismos de regulación estatal. La dominación también implica una discriminación y exclusión como categorías imbricadas al lenguaje del nuevo capitalismo y a las cuestiones del cambio en la “economía global” (p. 180). Por ejemplo, la distancia social entre los médicos y los pacientes o la autoridad del médico en cuanto a la forma en que se desarrolla la interacción son parte de las situaciones que se presentan en la formación del talento humano en salud y en la prestación del servicio. Esos tipos de relación responden al sentido común legitimador que sustenta las relaciones de dominación (p. 183). Por lo tanto, la discriminación, la exclusión y el abuso de poder son *topoi* que aparecen en el discurso del marco normativo en salud.

Por último, los resultados obtenidos a través del ACD sirven como base para el análisis bioético posterior. Como se mencionó en el marco teórico, fundamento el análisis bioético en la teoría de la convergencia de Ricardo Maliandi. Esto explica la aparición de otro plano discursivo, el plano bioético, en el que los resultados del ACD se cruzan con la teoría de Maliandi. El objetivo final es, entonces, encontrar cómo los hilos discursivos (el

mercado laboral, el educativo y el de servicios) también afectan a los agentes en ese plano bioético.

II. DESARROLLO DE LA TESIS

CAPÍTULO 4. ANÁLISIS DE RESULTADOS. ANÁLISIS CRÍTICO DEL DISCURSO DEL MARCO NORMATIVO DE LAS PRÁCTICAS FORMATIVAS DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

En este capítulo, se analizará el marco normativo que sustenta, regula y orienta la política pública de las prácticas formativas del talento humano en salud (PFTHS), especialmente la Política Nacional del Talento Humano en Salud (PNTHS). De esta manera, se busca a través del ACD establecer los puntos problemáticos del marco normativo a nivel discursivo, que serán la base del análisis bioético del siguiente capítulo.

4.1. Texto principal: Política Nacional de Talento Humano en Salud de la Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud, 10 de julio del 2018

En esta sección, se analizará el marco normativo que sustenta, regula y orienta la política pública de las prácticas formativas del talento humano en salud (PFTHS), especialmente la Política Nacional del Talento Humano en Salud (PNTHS). De esta manera, se busca a través del ACD establecer los puntos problemáticos del marco normativo a nivel discursivo, que serán la base del análisis bioético del siguiente capítulo.

Es importante tener en cuenta que el ACD permite una lectura del poder hegemónico que rige las dinámicas sociales sobreentendidas en estos textos (Stecher, 2010; Van Dijk, 2000). Es decir, el ACD abre la posibilidad de un análisis textual sistemático del ejercicio del poder en los diferentes agentes relacionados con el mundo del THS a partir del marco normativo que los rige. Si se considera que la legitimidad al actuar y al administrar la salud se basa en las leyes y sus derivados, estos textos estructuran y posibilitan acciones que cada mercado relacionado con el sistema sanitario lleva a la práctica. Por lo tanto, en esta sección se demuestra cómo la Política Nacional del Talento Humano en Salud les da autonomía a los mercados laboral, educativo y de servicios de salud para que determinen: primero, a quién y cómo contratar; segundo, cómo educar a los estudiantes de las áreas del talento humano en salud; tercero, cómo prestar un servicio de salud.

Las preguntas directrices de este capítulo son: ¿cómo circula el poder?, ¿qué lugares se les asignan a los distintos actores?, ¿qué nivel de agencia tiene cada actor?, ¿cómo se

relacionan entre ellos? Para realizar lo anterior, en un primer momento me fijo en qué se dice de cada uno de los agentes del THS para después analizar la relación entre ellos. En otras palabras, primero comento cómo se representa a cada agente y luego cómo surgen conflictos o alianzas cuando se relacionan entre ellos. Habiendo desglosado ese primer nivel, planteo cómo textualmente se posibilita que esa representación y esas relaciones existan y persistan, y cómo sus consecuencias son la discriminación, la exclusión y el abuso de poder en el mundo del THS. Por último, es importante aclarar que esta perspectiva de análisis se usa para abordar cada uno de los mercados en los que se mueve el THS, a saber, el mercado laboral, educativo y de prestación de servicios.

Las tres categorías de análisis que se exploran en el texto son exclusión, discriminación y abuso de poder. Entiendo la exclusión como el quitar las posibilidades a una persona o grupo al limitarle las posibilidades económicas, sociales y profesionales, sea por acción o por omisión. En cuanto a la discriminación, esta se refiere al trato desigual y perjudicial que se le da a una persona o grupo por diferentes motivos raciales, políticos, religiosos, de género, de edad o de condición física. Por último, el abuso de poder corresponde a las prácticas de intercambio social en las que se adopta una conducta basada en una relación de poder que sea marcadamente jerarquizada y desigual.

Para analizar cómo la PNTHS busca orientar las acciones de los agentes involucrados en los mercados que intervienen en el sistema general de seguridad social en salud, es importante aclarar cómo se estructura ese texto. En la primera parte, se exponen los antecedentes principalmente de los efectos de la Ley 100 de 1993 que reformó el sistema de salud en Colombia, y en la segunda parte, los desafíos de la presente política. Puesto que la Ley 100 es la base jurídica del sistema de salud, es menester señalar sus características principales: la descentralización, la intervención de los agentes privados y sus regulaciones, y la autonomía.

Respecto a la descentralización, según Lenis (2007, p. 164), este concepto se refiere a que

> […] acorde con la legislación colombiana es posible establecer una responsabilidad solidaria entre la empresa usuaria (que descentraliza) y la empresa contratante, frente a las obligaciones laborales de los trabajadores de esta última, cuando las actividades contratadas hacen parte del giro ordinario de negocios de la empresa usuaria.

En la década de los noventa, los procesos de organización empresarial posibilitaron "una evolución del pensamiento político hacia una mayor confianza en el papel de los mercados y la disminución de la acción del Estado (OIT 2006)" (Lenis, 2007, p. 164). Este rasgo de la nueva legislación colombiana hacía posible los diferentes tipos de contratación que, como se explicará más adelante, autorizan a los mercados laborales, educativo y de servicios de salud para que contraten al personal sanitario bajo sus propios términos sin mucha intervención del Estado.

Por otra parte, se manifiesta "la tendencia hacia la desregulación o la flexibilización de las relaciones laborales" (Lenis, 2007, p. 164), la cual

> […] consiste en eliminar una obligación establecida para los sujetos de la relación laboral. Por flexibilización de las normas laborales se entiende una disminución de las obligaciones o de los costos económicos establecidos para los mismos sujetos. Por lo general la desregulación o la flexibilización favorecen a la empresa en la medida en que se eliminan obligaciones de diversa índole en relación con los contratos, o se minimizan las mismas. (Lenis, 2007, p. 164)

De esto se afirma que "En este hecho se podría encontrar una explicación a por qué las reformas laborales no han tenido los efectos deseados" (Lenis, 2007, p. 175), ya que, según la justificación de la Ley 100 de 1993, esta indicó "la necesidad de esta reforma social dentro del actual proceso de internacionalización de la economía colombiana'" (Lenis, 2007, p. 166). Se puede observar que, sumada a la descentralización en relación con la contratación de los trabajadores, la desregulación laboral o flexibilización de las normas laborales favorece a las empresas, pues cimienta la confianza en los mercados reflejada en la participación de agentes privados, disminuye la acción del Estado y justifica la Ley 100 como proceso de internacionalización de la economía nacional.

Habiendo explicado cómo funciona la autonomía de las instituciones, la participación de agentes privados y la descentralización, hay que recapitular cómo estos entraron en juego con las reformas al sistema de salud durante los años noventa. La PNTHS lo explica en sus antecedentes: a partir de la década de los noventa hay nuevos actores y reglas de juego. Para la comprensión de la dinámica del recurso humano en salud (RHS) desde el 2002, se debe tener en cuenta las reformas de 1993 enmarcadas mediante la creación de la Ley 100 de 1993, cuya finalidad era

> Garantizar el acceso universal de la población a la salud, a través de mecanismos de aseguramiento financiero de los riesgos de la salud, del aumento de los recursos y fuentes de financiación y de la creación de mecanismos para promover la eficiencia y la calidad en la atención en salud, entre otros. (OPS, 2010, p. 5)

Con dicha reforma se pretendía dar solución a problemas que aquejaban la salud en Colombia, pero esta

> […] se desarrolló en un contexto marcado por la creciente participación de los particulares en ámbitos que antes eran de la órbita exclusiva de las instituciones públicas; la mayor autonomía de las instituciones públicas y privadas en los sectores salud y educación. (OPS, 2010, p. 5)

La implementación de dicha reforma causó un gran impacto en este proceso social, marcado por la participación de agentes particulares y por la autonomía tanto de agentes públicos como privados en el sector salud y de educación, cuya consecuencia fue que los otros agentes que conforman el sistema de salud también tuvieran cambios en sus dinámicas. La autonomía se manifestó en el sector educativo, por ejemplo, en la creación de nuevos programas académicos (OPS, 2010, p. 7). Esta potestad que les otorgó la libertad de autogobernación sembró el terreno para que hubiera un gran crecimiento en la oferta de los programas de salud.

A lo anterior se suma "la profundización de la descentralización político-administrativa mediante la cual el Gobierno Nacional cedió amplias competencias y recursos a favor de las entidades territoriales, particularmente en los sectores de educación y salud" (OPS, 2010, p. 4). De esta manera, se devela la naturaleza del abuso de poder que caracterizó al gobierno nacional de la época, que cedió competencias y recursos a las entidades territoriales y a los sectores de salud y educación. Ante la poca presencia del Estado en el sistema de salud, los otros agentes de índole nacional, territorial y municipal como hospitales, clínicas y universidades públicas estarían en condición excluyente y discriminatoria respecto a los agentes privados dotados de recursos, autonomía y descentralización. La consecuencia de esto fue un cambio radical:

> Estas transformaciones cambiaron radicalmente las relaciones entre los actores de los campos de la salud y de los recursos humanos en salud, de tal forma que los arreglos normativos e institucionales, incluyendo aquellos considerados en la reforma de 1993, pronto se mostraron inadecuados frente a los desafíos planteados

> por una nueva dinámica donde entran en juego expectativas e intereses de actores nuevos y tradicionales, que pronto redefinen las reglas de juego, las relaciones de poder y el campo de acción del Estado. (OPS, 2010, p. 4)

Según los antecedentes de la reforma de 1993, la aplicación de la nueva dinámica para el sistema de salud fue la práctica política estatal de ese entonces. Esta les mostraba a los colombianos la benevolencia de dicha reforma, con acciones que realmente impactarían a una parte de los agentes del sistema: "Sin embargo, el diseño del Sistema de Garantía de Seguridad Social en Salud (SGSSS) no consideró los requerimientos y el impacto que su implementación podría generar en los Recursos Humanos Salud (RHS)" (OPS, 2010, p. 6). Por tal motivo, podemos comprender que la recepción del mensaje que contenía la reforma de 1993 iba a deteriorar la situación de algunos agentes, puntualmente a aquellos RHS. Es decir, se les excluyo de cómo se formaría el nuevo sistema de salud al no haber tenido en cuenta sus requerimientos en el nuevo diseño normativo.

En este orden de ideas, con la Ley 100 de 1993 no solo se les dio más poder a los nuevos agentes privados, sino que se les dieron muchos recursos a los entes territoriales supuestamente para favorecer el acceso a la salud de la población. Sin embargo, pronto se evidenció que el cambio no era exitoso y que, a causa de la poca acción del Estado, los nuevos actores y los tradicionales velarían por sus intereses económicos. Los nuevos roles en el sistema de seguridad de salud se empezaron a definir de esta forma, al igual que sus relaciones y reglas de juego. A causa de este fracaso, la nueva PNTHS pretende orientar las acciones de los nuevos mercados descentralizados y autónomos con sus propias regulaciones.

Otra consecuencia de la Ley 100 es cómo cada mercado tiene su propio rol y no necesariamente están articulados entre ellos. Su dinámica se adecúa a sus características, autonomía y regulación. Por ejemplo, el mercado laboral contrata al personal sanitario para que preste un servicio según la ley de la máxima ganancia y mínimo costo, y este servicio se presta a los usuarios o pacientes según la capacidad que tenga la IPS para hacerlo. Otro ejemplo de la interacción de elementos regulatorios y de mercado en la dinámica de cada uno de ellos se encuentra en el mercado educativo. De este se enuncia que es "Un sistema de calidad para el recurso humano con un componente de acreditación oficial, rutinario y riguroso, que podría tener un carácter voluntario y actúe como regulador del mercado" (PNTHS, 2018, p. 10).

Al ser de carácter voluntario, se asegura que hay un mínimo de calidad, pero habrá aquellas que no se pueden acreditar por motivos económicos, de tradición y antigüedad; se podría decir que si una institución educativa no cumple con la regulación de carácter general para la educación, puede haber una exclusión entonces de aquellas que no tengan la disponibilidad y disposición para acreditarse. Es importante también tener en cuenta que, para la PNTHS, el antecedente de la Ley 100 de 1993 es el causante tanto de los cambios inadecuados en cuanto a la formación, el desempeño y el desarrollo del personal sanitario, como de las consecuencias para los usuarios y pacientes, los cuales dependen de la disponibilidad de recursos para que los atiendan.

A continuación, a partir del análisis de cada uno de los mercados (laboral, educativo y de servicios), se argumentará que hay exclusión, discriminación y abuso de poder, cuya raíz es la Ley 100 de 1993. También se explicará que, a pesar de que los cambios que propone la PNTHS buscan orientar la descentralización, la autonomía y las regulaciones propias de los mercados, esta política pública no aborda de manera directa los problemas de la Ley 100. La PNTHS sigue dándole autonomía a los mercados laboral, educativo y de servicios de salud para que determinen a quién y cómo contratar, cómo educar a los estudiantes de las áreas del talento humano en salud y cómo prestar un servicio de salud. Para sustentar estas afirmaciones, se analiza cómo se representa a cada uno de los agentes del THS y cómo se relacionan entre ellos.

El talento humano en salud se caracteriza como el grupo de trabajadores de la salud de nivel profesional, tecnológico y técnico que se encarga de prestar los servicios de salud a los usuarios y pacientes, sujeto a las condiciones laborales ofrecidas por el empleador, que con frecuencia son limitadas para su desarrollo personal y laboral. De manera más esquemática, los agentes de mayor relevancia que actúan en los mercados mencionados son el gobierno, el personal sanitario, las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), el usuario, el formador y el estudiante de las áreas de la salud. A grandes rasgos, el gobierno es el encargado de impartir las normas; el personal sanitario es quien presta el servicio; las IPS son el empleador encargado de contratar al personal sanitario y de la dinámica de la prestación de servicios; el usuario representa la población objeto de atención; el formador se encarga de educar a los futuros profesionales; y el estudiante corresponde al personal que se forma en las áreas de la salud.

Además de fijarse en cómo se representan, es menester analizar cómo se relacionan entre ellos puesto que se mueven en el mismo campo. Como señala Bourdieu (1990, citado en Lenis 2007, p. 175),

> […] el campo es un espacio social específico en donde suceden una serie de interacciones. Es un sistema particular de relaciones objetivas que pueden ser de alianza o conflicto, de concurrencia o de cooperación entre posiciones diferentes, socialmente definidas e instituidas, independientemente de la existencia física y de los agentes que lo ocupan.

Para el sociólogo francés, "Las posiciones que asuman en el campo dependen de los capitales. Estos son los recursos que tienen los actores para 'jugar' en el campo. Pueden ser: económico, cultural, social, simbólico, científico" (Lenis, 2007, p. 175).

En relacionan con el THS, se podría decir que ese capital es principalmente económico y científico, incluso si otros pueden estar presentes en menor medida. En otras palabras, las interacciones de diferentes agentes con posiciones distintas en un mismo espacio pueden manifestarse mediante la alianza o el conflicto según los recursos de cada jugador, situaciones que generan tensión por las características y los intereses de cada agente, en las que unos pierden y otros ganan. Todos estos están interconectados, en el caso específico del THS, porque pertenecen al sistema de salud y las acciones de cada uno influyen en su funcionamiento, en la atención y en los resultados concernientes a la salud de la población.

En Colombia, el THS se mueve en unos mercados que son interdependientes y cuya dinámica está determinada por la autonomía y descentralización característica del sistema de salud en el país.

Según el informe de octubre del 2015 de la consultora Así Vamos en Salud, después de casi tres décadas la implementación de la política de descentralización no ha sido efectiva, particularmente en el caso de la salud. Esa política transfirió los recursos, las competencias y la autoridad política a las entidades territoriales para que dieran provisión de servicios básicos a la población y disminuir la pobreza. Esta transferencia movió el poder político desde el gobierno central a los gobiernos locales para apuntar a la democratización del Estado, para ampliar derechos y libertades, y para promover la incorporación de sectores excluidos y el fomento del control popular. Estos propósitos se establecieron en función de alcanzar la equidad social, principalmente encomendándosela a las autoridades locales.

Si bien la cobertura ha aumentado a través de los años, ha sido desigual en los municipios y departamentos, a lo que se le añade las brechas en la calidad que siguen pendientes. Una posible respuesta al fracaso de los objetivos de descentralización puede ser la falta de una estructura básica institucional, de conocimiento técnico y administrativo, y de capacidad para manejar los recursos por parte de gobernadores, alcaldes, concejales, personeros, diputados y juntas administradores locales (JAL). También se sumó la falta de control y coordinación con la administración central, junto con un marco político que creó incentivos para el gasto público, lo cual promovió el sobreendeudamiento de las entidades territoriales, que las volvió insostenibles e inviables, además de dependientes de las transferencias nacionales.

Otras razones que dieron pie al fracaso del modelo propuesto e implementado fue el aseguramiento que se delegó a las EPS de naturaleza y calidad heterogénea, lo cual las puso a cargo de escoger sus redes y la prestación del servicio. De esta manera, la entidad territorial no tiene función de habilitación y su escogencia es por parte del usuario. Adicionalmente, a pesar de que la Superintendencia de Salud y las Secretarías Departamentales tienen funciones de inspección, vigilancia y control, difícilmente puede ejercerlas ante las EPS por su control sobre el mercado (Así Vamos Salud, 2015).

4.1.1. El mercado laboral

En esta sección se evidencia cómo la PNTHS le da autonomía al mercado laboral para que determine a quién y cómo contratar, acciones que pueden causar exclusión y discriminación para unos y abuso de poder por parte de otros en la relación de los agentes del sistema de salud. Los agentes con mayor relevancia en dicho mercado son el Gobierno, el personal del talento humano en salud, las instituciones prestadoras de servicios de salud y los usuarios o pacientes. En las páginas siguientes, se describe cómo se representan y se relacionan estos agentes del sistema de salud en la PNTHS.

Sobre la relación interdependiente de los mercados en los que el THS se mueve, la PNTHS (2018, p. 16) afirma que

> Estas relaciones definen el marco de la acción reguladora del Estado y de la rectoría del Gobierno Nacional, a través de sus ministerios, que a través de normas legales y algunos incentivos, buscan alinear las acciones de los agentes que intervienen en

los mercados con las necesidades de la salud de la población y con las expectativas del talento humano.

Al Gobierno se le caracteriza como el órgano rector que se encarga de emitir los marcos y lineamientos normativos que deben cumplir los agentes en el sistema general de seguridad en salud (SGSSS). También explica que este agente no regula lo suficiente la dinámica del sistema, léase los mercados, y que cedió su autoridad y administración al mercado privado que entró a ser parte del sistema. De forma más específica, se puede decir que "Las reformas introducidas en los años 90 en los sectores laboral, salud y educación, se caracterizaron por la profundización de la descentralización y la autonomía de los agentes y la mayor participación e injerencia de la iniciativa privada (Lenis Gómez, 2006; Ramírez, 2002)" (PNTHS, 2018).

La PNTHS afirma sobre las consecuencias de esa nueva dinámica que flexibilizó sin controles el tipo de vinculación en beneficio de los requerimientos del mercado, y a partir de esas reformas, las relaciones entre los agentes se tornaron más difíciles y complejas, y la capacidad de rectoría del Estado, en particular del Gobierno Nacional, cedió terreno a favor de las dinámicas de los mercados (p. 16). El Gobierno nacional, a través de la Ley 100 de 1993, dotó de poder y autonomía a los diferentes mercados con participación del sector privado, entre ellos el laboral. Esto les dio la potestad de implementar sus propias dinámicas, por ejemplo, la flexibilización en la contratación del THS sin ningún tipo de presencia del Estado, ni restricción o regulación.

Hernández y Vega (2001) explican cómo esta reforma estableció las condiciones tanto para la intervención de las fuerzas de un Estado a un mínimo como para un mercado cuya acción se fundamenta en el control de la conducta y el comportamiento de los individuos. Esta dinámica se puso en marcha para lograr el autocuidado de la salud a través de ciertos patrones preestablecidos y un control de la demanda de los servicios médicos orientado a disminuir el gasto público. En últimas, el objetivo de las reformas era garantizar las ganancias de los agentes privados del sistema (p. 21).

A esta búsqueda del beneficio privado, la PNTHS agrega que la Ley 100 de 1993 no precisó un modelo de atención en salud que correspondiera a las características y los propósitos del sistema de salud instaurado. La formación y gestión del talento humano han respondido más a los criterios y las perspectivas de cada institución, según la interpretación

y dinámica de los mercados (Ministerio de Salud y Protección Social), que al cumplimiento de los objetivos del sistema de salud y la satisfacción de las necesidades (p. 31). El modelo de atención que se necesitaba para la población colombiana no fue precisamente el concebido en la Ley 100 y, al contrario de buscar un modelo que se le ajustara a la formación y gestión del talento humano, se encaminó a dar respuesta a la dinámica de cada mercado. En otras palabras, en vez de cumplir con los objetivos y las necesidades del sistema de salud, se favorecieron las nuevas reglas del juego neoliberal que beneficiaba los intereses de cada mercado.

La PNTHS también recalca el desbalance de las formas de contratación, que pone en una situación de precariedad a algunos de los representantes del personal del THS en el servicio. De esto se afirma que pueden coexistir diversos sistemas de contratación en un solo sitio, trabajadores vinculados a término indefinido, otros enganchados mediante contratos temporales de prestación de servicio o a través de terceros (cooperativas, empresas de empleo temporal, contratos sindicales, etc., con esquemas de vinculación, remuneración, reclutamiento, capacitación y carrera) (p. 32).

La consecuencia discriminatoria de la variedad de formas de vinculación recae en que "Muchos de ellos [trabajan] con funciones y responsabilidades similares, pero bajo reglas de vinculación, permanencia, desvinculación y remuneraciones totalmente diferentes" (p. 32). Por ejemplo, una de las formas de vinculación ofrecida por el empleador es el contrato a término fijo. Bajo este tipo de contratación, se tiene trabajo solo por un tiempo determinado, lo cual genera inestabilidad laboral, y ausencia de posibilidades de desarrollo profesional y personal.

A partir de la Ley 100 de 1993, el gobierno permitió legalmente a los empleadores contratar según sus intereses económicos, cuyo efecto fue una discriminación en las condiciones de contratación que dependía de las pautas que las IPS creaban para sí mismas. Esto produjo inequidades graves, como la misma carga laboral con una contratación y salario diferente que el mismo empleador determinaba, lo que estableció dinámicas en detrimento de unos y en beneficio de otros agentes del THS. Esto provocó no solo que la relación con el empleador se volviera tensionante, sino también aquella entre los representantes del personal sanitario.

En cuanto al funcionamiento de las relaciones de los agentes del THS, la PNTHS explica el núcleo de su dinámica basándose en una investigación encargada por el Ministerio de Trabajo a varias instituciones. A nivel macropolítico, la interacción entre los diferentes actores y agentes es mediada por los vínculos de poder, implícitos en la interrelación de los recursos humanos. Estas relaciones varían según las condiciones específicas de cada uno de los mercados interconectados entre sí; de igual forma, cada mercado tiene una connotación histórica y un desarrollo diferente, características específicas que determinan los resultados y la configuración (Pontificia Universidad Javeriana *et al*., 2001, p. 33).

Puesto que la interacción entre los agentes funciona a través de vínculos de poder, es una relación inherentemente jerarquizada. En el caso colombiano, cuyo sistema de salud es segmentado y descentralizado, la PNTHS afirma que es necesario "El reconocimiento y comprensión de las relaciones dinámicas e interdependientes de los mercados y sus agentes […] para trazar las líneas de política y estrategias del talento humano", puesto que "es poco factible un modelo de planificación centralizado de los recursos humanos" (p. 15). La descentralización y autonomía de las instituciones genera dificultad en la creación de un modelo centralizado y planificado para el THS, aún más cuando se ha dado el reconocimiento a la dinámica de cada mercado. Se podría decir que esta permite un abuso de poder en la relación entre los agentes gobierno, empleador y personal sanitario, ya que este acata la norma y se acoge a la autonomía de su empleador a falta de otra opción. La consecuencia es el surgimiento de una relación marcada por la tensión y la frustración respecto a sus expectativas profesionales y personales.

El gobierno nacional también propone formas de motivar al personal sanitario, principalmente a través de incentivos. Este agente reafirma el derecho y acceso a la salud, expresado en la Ley Estatutaria de la Salud del 2015, y sus desafíos, por lo que, según la alineación y regulación de los incentivos de la PNTHS, estos deben mejorar el desarrollo profesional y fortalecer a las IPS, favoreciendo el desarrollo del THS, y mejorando las condiciones del ejercicio profesional, la prestación del servicio con calidad y la responsabilidad social (p. 47).

Así las cosas, El gobierno promoverá los incentivos para el desarrollo profesional, personal y familiar del THS, de las instituciones formadoras y del lugar se desempeña el THS para motivar la prestación del buen servicio a los pacientes. Estas acciones son importantes

y justas, pero se podría tener en cuenta desde el componente de la formación social del THS con qué otras competencias debe contar el personal sanitario que complementen el compromiso con el buen servicio al paciente. Esta medida de la PNTHS se puede interpretar como una forma de subsanar de alguna manera los resultados negativos de la Ley 100 de 1993 en cuanto a los aspectos laborales, de formación y desarrollo del THS.

Aunque el gobierno dio el control a los mercados de su propia regulación, se podría pensar que las asociaciones gremiales asumieron la observación de cambios injustificados en los mercados. Sin embargo, ese no fue el caso, como explica la PNTHS en la sección de "Recursos humanos de la salud en Colombia. Balance, competencias y prospectiva": la agremiación profesional ha manifestado limitada capacidad regulatoria frente al mercado. La mayoría de las asociaciones profesionales son básicamente nominativas y en realidad no muy activas en los mecanismos de control profesional. Se orientan hacia aspectos científicos y de mantenimiento de las condiciones gremiales.

Esta característica es de gran importancia porque con la implantación de la Ley 100 de 1993 su capacidad de reacción frente a los cambios prospectivos fue muy limitada. El sistema se pudo configurar así rápidamente bajo un esquema de aseguramiento, sin que los gremios y las asociaciones pudieran librar batallas importantes. Esto se diferencia de otros países, donde el poder de las asociaciones médicas ha impuesto restricciones a los cambios potenciales de los sistemas de salud y seguridad social (Dirección del Talento Humano en Salud, 2018, p. 34).

A diferencia de lo sucedido en los gremios, la participación de los sindicatos tuvo un mayor impacto en la defensa de derechos laborales y mejores condiciones dentro del nuevo sistema. No obstante, esta lucha "no ha sido acompañado de un efecto crítico sobre la calidad de los servicios y en general, no se ha dado un respaldo social de los potenciales usuarios, básicas para estas luchas sindicales en el sector salud" (Dirección del Talento Humano en Salud, 2018, pp. 34-35). En otras palabras, las asociaciones no relacionadas con el Gobierno que velan por los derechos laborales del THS tampoco lograron un gran impacto en la desregulación de los mercados en la cual estos se basaban para implementar sus dinámicas. Esto conlleva a un abuso de poder por parte de las IPS a causa de la falta de regulación del gobierno, puesto que ni siquiera los sindicatos han podido hacerle frente a la pérdida de derechos y aun menos a tratar críticamente el tema de la calidad del servicio.

De hecho, el gobierno tiene conocimiento de su falta de control sobre este mercado. La evidencia de esto es que en la PNTHS el gobierno nacional propone entre sus líneas de acción que el Ministerio de Salud y Protección Social debe asumir mayor liderazgo en la orientación de los procesos de formación, ejercicio y gestión del RHS como autoridad sanitaria nacional. Para esto, requiere fortalecer su capacidad técnica y operativa (Dirección del Talento Humano en Salud, 2018, p. 52). Se desprende así que las instituciones gubernamentales responsables del mercado laboral y su rol son deficientes en procesos de formación, ejercicio y gestión de los recursos humanos en salud. Es notable asimismo la conciencia de la falta de mayor injerencia sobre los mercados involucrados en esos procesos, que continúan siendo autónomos y atendiendo a sus propias dinámicas.

La PNTHS también relaciona los incentivos en formación con una mayor regulación en el campo de la salud. En ella se afirma que el desarrollo y la generación de capacidades de las profesiones y ocupaciones de la salud, a través de sus formas de asociación y organización, constituyen elementos importantes para su participación en la construcción participativa de los lineamientos de política y regulación en los sectores salud y educación (2018, p. 52). Con las nuevas líneas de acción se hace manifiesta una falta de injerencia y regulación del mercado, puesto que las promueve por medio de una construcción participativa de los agentes, no a través de la orientación directa y autoridad del gobierno. En consecuencia, el llamado a una regulación es determinada por los intereses del mercado, cuyos resultados han sido deficientes.

En resumen, se observa que la Ley 100 de 1993, al no haber contado con un estudio suficiente para su implementación y cumplimiento de objetivos según las necesidades de la población colombiana, descentralizó el sistema de salud y favoreció al mercado laboral. A este lo benefició dotándolo de poder y autonomía que le permitió establecer dinámicas económicas, basadas en intereses propios, en la administración del personal sanitario.

Esto generó contrataciones y formas de prestar el servicio que iban en detrimento de la estabilidad laboral y económica y del desarrollo del personal del THS. Así mismo, la instancia gubernamental cedió autoridad a la empresa privada para el manejo del sistema de salud, y así perdió autoridad y control sobre el sistema y sus agentes. Se concluye, entonces, que el gobierno, a través de la Ley 100, perjudicó al personal del THS en sus ejes más importantes: contratación, estabilidad laboral y desarrollo profesional. Por eso, la relación

entre estos agentes es tensionante, ya que está marcada por la exclusión, la discriminación y el abuso de poder que el establecimiento le permite al empleador a falta de una mayor regulación.

4.1.1.1. Personal del talento humano en salud o personal sanitario

La PNTHS caracteriza al personal sanitario como aquellos técnicos, tecnólogos y profesionales de las áreas de la salud que laboran en las diferentes IPS y están encargados de atender a los pacientes o usuarios. La política afirma sobre este agente que

> La reforma del sistema de salud realizada mediante la Ley 100 de 1993 no contó con estudios sobre recursos humanos en salud que les dieran soporte a sus objetivos y previeran el impacto que su implementación tendría sobre la oferta y la demanda del Talento Humano en Salud. (CHC Consultoría i Gestió S.A., 2002, citado en Dirección del Talento Humano en Salud, 2018, p. 9)

Sumado a los grandes problemas universales que afectan la planeación del personal de la salud, en Colombia no hay ninguna entidad que se encargue del tema y, con la Ley 100, no hubo dicha planificación. Además, la reforma tampoco definió un modelo de atención en salud que correspondiera a las características y los objetivos del sistema general de seguridad social en salud, y que orientara en relación con los perfiles, las competencias y las necesidades cuantitativas del talento humano las decisiones de los agentes de los sectores de educación y salud (Dirección del Talento Humano en Salud, 2018, pp. 9-10). Es decir, la Ley 100 tampoco estableció lineamientos en qué basarse para que se tomarán mejores decisiones en la gestión del personal sanitario.

Incluso si después de unos años de implementada la reforma "se encargó a la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard la realización de un estudio [Fedesarrollo, 1997], cuyos resultados identificaron factores críticos para la implementación exitosa de la reforma de 1993" (Dirección del Talento Humano en Salud, 2018, p. 10), ningún tipo de planificación se puso en marcha. Estos estudios consideraban que había dificultades que requerían de una atención concreta, principalmente en los siguientes aspectos:

> i) falta de algunos tipos de talento humano; ii) mala distribución de este en el país; iii) baja utilización de médicos en el primer nivel de atención; iv) falta de información sobre muchos aspectos y; v) ausencia de una institución encargada de

> la planeación de los recursos humanos y de su adecuada capacitación. (Dirección del Talento Humano en Salud, 2018, p. 10)

En resumen, la Ley 100 se implementó sin contar con unos mínimos necesarios, por ejemplo, saber con cuánto talento humano se contaba, en dónde se encontraba y con qué competencias contaba para atender esta nueva oferta de servicios. Adicionalmente, no se estableció un ente encargado de la planeación y capacitación del THS.

Para tener una perspectiva más amplia del estado del sistema de salud en Colombia desde los ochenta, hay que remitirse a la presión internacional ejercida sobre el país para que se adaptara a la nueva modernización económica neoliberal. Como explica Hernández y Vega (2001, p. 69),

> […] en los años ochenta y noventa un nuevo estilo de gobierno de la salud de la población y de los servicios médicos, ha estado íntimamente relacionada con presiones económicas y políticas impuestas a los pueblos latinoamericanos por las organizaciones financieras internacionales y por organismos especializados del sector.

Cuando se da ese tipo de presiones en países con una economía no desarrollada en busca de acceso al mercado global, el abuso de poder es evidente. Puesto que se le imponen un número de condiciones según los propios intereses de los entes internacionales, los gobiernos de estos países se ven obligados a aceptarlas sin mucha oportunidad de negociación.

Detrás de estas reformas políticas hay una serie de relaciones de poder y saber que han sido articuladas en un discurso común. Aquellas han sido promovidas para responder a las demandas populares de justicia social y democratización política, pero especialmente con el fin de adaptar el sector salud a los nuevos imperativos de modernización económica y política de las naciones latinoamericanas. Su finalidad era volverlas más eficientes frente a las agencias competitivas del modelo de desarrollo económico dominante y garantizar el pago de la deuda externa (Hernández y Vega, 2001, p. 69).

La modernización económica, en ese sentido, no solo busca una mayor democratización del sistema de salud, sino principalmente que haya un sistema que garantice el pago de la deuda externa. Así mismo, junto a estas relaciones de poder, “están las importantes mutaciones producidas en el plano del saber y de las tecnologías, que también han ayudado a dar origen a las racionalidades y prácticas en el campo de la salud” (Hernández y Vega, 2001, p. 69). Es decir, este cambio económico también afectó la forma en que se

trabajaba en el sistema de salud. Por lo anterior, se puede afirmar que la Ley 100 de 1993, más allá del discurso de una justicia social y una democratización política, tenía como intención principal dar cumplimiento a compromisos internacionales.

En los antecedentes de la PNTHS, se dice que en el contexto regional, internacional y, especialmente, de las Américas pasaron a ser importantes las reformas sectoriales para el logro de los propósitos en los sistemas de salud, a diferencia del poco interés y relevancia que tuvieron en los años ochenta y noventa (p. 12). Asimismo, con el cambio de milenio, el tema de los recursos humanos en salud entra a la agenda de las organizaciones internacionales, luego de que no fuera una prioridad por un largo tiempo (Nigenda y Ruíz, citados en Dirección del Talento Humano en Salud, 2018, p. 12).

Por ejemplo, en el caso de Colombia, después de décadas de no ser considerado, el recurso humano se ha tomado en cuenta y se ha constituido como un referente para el desarrollo de aspectos para implementar en políticas y otros campos en relación con el THS y el sistema de salud (Dirección del Talento Humano en Salud, 2018, pp. 14-15). Este énfasis en el cumplimiento de los compromisos internacionales se ve no solamente en la Ley 100, sino también en los lineamientos de la PNTHS. Al respecto, esta señala en su introducción que su finalidad es "promover y articular acciones intersectoriales" (p. 6), dentro de las cuales se encuentra "el desarrollo de los compromisos internacionales de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos OCDE" (p. 6). De lo anterior se desprende que el personal sanitario también estaría a la merced de los intereses internacionales sobre el sistema de salud en Colombia.

Habiendo aclarado cómo las reformas basadas en compromisos internacionales afectan las condiciones laborales del personal sanitario, es importante revisar cuáles han sido sus efectos. Por ejemplo, en cuanto a la disponibilidad y caracterización del personal sanitario, la PNTHS afirma que "Para el año 2016, el talento humano en salud disponible en el país se estimó en más de 563 mil personas, integrado en un 55% por profesionales y especialistas y en un 45% por técnicos, tecnólogos y auxiliares" (Dirección del Talento Humano en Salud, 2018, p. 17), de los cuales no todos se desempeñan en el sector salud y menos aún en actividades asistenciales (p. 17).

Es importante anotar que la cantidad de personal sanitario es deseable, porque aumenta la demanda y cobertura de servicios que garanticen el acceso a la salud de toda la

población, incluso si hay dificultades para cumplir con dicho objetivo, especialmente en las zonas alejadas y dispersas (Dirección del Talento Humano en Salud, 2018, p. 19). La dificultad recae principalmente en el seguimiento de la disponibilidad del THS no solo en las grandes urbes, sino también en las zonas rurales. Al respecto, la PNTHS comenta que no hay indicadores nacionales que tomen en cuenta "las diferencias regionales en la dotación de talento humano en salud, donde se observa disponibilidad en los grandes centros urbanos y sus zonas aledañas, que contrasta con lo que ocurre en las regiones donde predominan zonas rurales con poblaciones dispersas" (Dirección del Talento Humano en Salud, 2018,, p. 20).

Según dicha política, esto se puede explicar por la falta de atractivos económicos que tiene el mercado laboral para dotar esas zonas de suficientes profesionales. Además de la disponibilidad, en cuanto a las condiciones laborales del personal sanitario, "se deben considerar elementos como la capacidad del sistema de salud y sus instituciones para absorber adecuadamente los incrementos en la oferta de este capital humano y su impacto en la empleabilidad, remuneración y desarrollo profesional" (Dirección del Talento Humano en Salud, 2018, p. 19). Esta situación, tanto de la población que no recibe los servicios de salud como del personal sanitario que depende de la capacidad del sistema para laborar, puede conllevar a la exclusión de estos dos agentes en la toma de decisiones de las condiciones del sistema de salud, puesto que dependen de la autonomía del mercado laboral para tomarlas sin considerar su opinión al respecto. En últimas, este tipo de relación ha creado paulatinamente un distanciamiento entre los tres agentes.

La PNTHS recalca otra característica del THS a través de unas estadísticas del 2016 que enfatizan en la repartición etaria y de género. Por un lado, una parte considerable del THS, un 47,9 %, corresponde a jóvenes menores de 35 años y un bajo porcentaje, a personas mayores de 49 años, un 14,1 % (Dirección del Talento Humano en Salud, 2018, p. 21). Por otro lado,

> Se destaca la profunda feminización del personal sanitario: tres cuartas partes son mujeres y, salvo en medicina, en todas las profesiones y ocupaciones de la salud se observa una mayor proporción de mujeres, siendo particularmente alta en el nivel de auxiliares. (Dirección del Talento Humano en Salud, 2018, p. 21)

Esta variable de género y edad en la caracterización del THS obtiene mayor relevancia si se tiene en cuenta que en Colombia son las personas con estas características las que sufren de mayor precariedad laboral, ya sea en el tipo de vinculación o en tratos desiguales a nivel

salarial. En otras palabras, puede que la exclusión en la toma de decisiones en el mercado laboral sea mayor para el THS que es mujer y joven.

La PNTHS considera que se debe reconocer y visibilizar a otros profesionales sanitarios no médicos, teniendo en cuenta que es muy importante la dignificación, el reconocimiento y la visibilización tanto de las profesiones como de las ocupaciones por su función y contribución a la prestación del servicio, logro de objetivos, resultados en la salud y bienestar de la población atendida (Dirección del Talento Humano en Salud, 2018, p. 41). Esta dignificación no solo debe darse para todos los agentes del sector salud, sino especialmente para aquellas profesiones que no han sido reconocidas tradicionalmente en el país, ya que

> El fuerte protagonismo que históricamente han tenido algunas profesiones y especializaciones actúa como un velo que opaca u oculta el rol significativo que tienen o pueden tener sus pares de otras profesiones en los procesos de promoción, diagnóstico, tratamiento y paliación. (Dirección del Talento Humano en Salud, 2018, p. 41)

En otras palabras, en las dinámicas del THS existe también una exclusión en el trato que se le ha dado a algunas profesiones y ocupaciones sanitarias invisibilizadas por el protagonismo de otras, principalmente los médicos. Por lo tanto, la PNTHS señala la importancia de que haya una visibilidad de aquellas:

> Ese reconocimiento es el punto de partida para establecer estrategias y mecanismos de vinculación, condiciones laborales y remuneraciones que valoren de manera razonable los auxiliares, técnicos, profesionales y especialistas que participan en la prestación de servicios de salud individuales y colectivos, así como para la configuración de equipos multidisciplinarios que contribuyan a una atención en salud más integral. (Dirección del Talento Humano en Salud, 2018, p. 42)

Así las cosas, la PNTHS sugiere que la dignificación para los auxiliares, técnicos y profesionales no médicos es un punto necesario de partida para subsanar años de invisibilización, e inequidad en condiciones laborales y salariales.

4.1.1.2. Instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS)

La PNTHS caracteriza las IPS como los agentes encargados de la prestación del servicio de salud a la población colombiana y quienes se encargan de la dinámica laboral del personal sanitario. En ella se aclara que:

> […] en una misma institución, incluso en un mismo servicio, pueden coexistir varios esquemas de reclutamiento, vinculación, remuneración, capacitación y carrera: trabajadores vinculados a término indefinido, otros enganchados mediante contratos temporales de prestación de servicios a través de terceros (cooperativas, empresas de empleo temporal, contratos sindicales, etc.). (Dirección del Talento Humano en Salud, 2018, p. 31)

Esa coexistencia de varios esquemas de contratación se determina de forma arbitraria, al igual que el valor de la remuneración. Esto se decanta en que "Muchos de ellos [tienen] funciones o responsabilidades similares, pero bajo reglas de vinculación, permanencia, desvinculación y remuneración totalmente diferentes" (Dirección del Talento Humano en Salud, 2018, p. 32).

Las diferencias en el tipo de contratación tienen efectos en el ambiente laboral en las IPS, ya que, según la PNTHS, debido a que son relaciones tercerizadas e inestables no permiten formar capacidades técnicas y administrativas y "generan estatus diferenciales no deseables entre trabajadores con responsabilidades y funciones similares, generan un ambiente de baja estabilidad y confianza y desestimulan a unos profesionales frente a otros" (Dirección del Talento Humano en Salud, 2018, p. 42). Esta inestabilidad de las relaciones entre los agentes del THS dentro de las IPS también se convierte en una "Actitud negativa hacia el sistema de salud y sus instituciones, que algunas veces se traduce en trato deshumanizado hacia los pacientes y usuarios" (p. 42). Es decir, la diferenciación en la vinculación laboral y remuneración por parte de las IPS daña las relaciones entre los demás agentes en el sector salud (THS, pacientes, instituciones), cuyas consecuencias llegan incluso hasta la deshumanización en el trato.

Las IPS no solo toman estas decisiones en las condiciones laborales del THS por la autonomía que la Ley 100 de 1993 les otorgó, sino también por la influencia que los directivos o funcionarios públicos externos ejercen sobre ellas. Por ejemplo, el pago por desempeño se ve afectado por esa influencia de funcionarios públicos. En un trabajo de Gorvanev *et al*. (2011, citado en Dirección del Talento Humano en Salud, 2018), se concluye que en Colombia a diferencia de lo practicado en otros países, poco se usa el pago por

desempeño y se revela que este solo se utiliza a nivel ambulatorio para las actividades de promoción y prevención de las aseguradoras del régimen contributivo.

El régimen subsidiado no las utiliza porque tiene demoras en la cancelación de los servicios en los municipios. Esto se debe al poder monopólico en los pueblos pequeños donde se cuenta con la presencia del alcalde en las juntas directivas públicas y por las dificultades de las EPS subsidiadas en cancelar servicios de mejor calidad (Dirección del Talento Humano en Salud, 2018, p. 33). En otras palabras, hay un abuso de poder por parte de los funcionarios públicos en la determinación de cómo se debe manejar el presupuesto de las IPS, lo que lleva a mayor precariedad del THS.

4.1.1.3. Usuarios o pacientes

Los usuarios o pacientes se caracterizan en la PNTHS como las personas a las cuales se les presta el servicio de salud. Estos se ven afectados por el mercado laboral y su falta de planeación. Al respecto, según la PNTHS, se estableció en el 2013 a través de unos estudios encargados a la Universidad Javeriana por el Ministerio de Salud que los directivos de la IPS percibían déficit de especialistas, y en algunos casos esto conllevaba a la restricción del servicio o su cierre por no contar con suficientes especialistas para mantener los servicios en todas partes (Dirección del Talento Humano en Salud, 2018, p. 11). La falta de planeación de las IPS causó desequilibrio en la prestación del servicio al no tener disponibilidad para distribuir y ofertar médicos especialistas, por lo cual se vio abocada a cerrar y no prestar los servicios correspondientes. En últimas, esto afectó la prestación del servicio a los usuarios o pacientes.

La desigualdad en condiciones que las IPS impulsan con sus tipos de vinculación y remuneración obedece en última instancia a una lógica que prioriza la productividad para el mercado y no la calidad y bienestar del recurso humano. Como explica la PNTHS, se puede decir que la gestión del talento humano en el sector ha estado más en función de flexibilizar las plantas de personal, mejorar la productividad y controlar el gasto a corto plazo, que de crear políticas institucionales a largo plazo dirigidas a mejorar los resultados en la salud de las personas, la calidad de los servicios y el desarrollo integral de los trabajadores como elementos constitutivos de la sostenibilidad de las instituciones (Dirección del Talento Humano en Salud, 2018, p. 32).

Así mismo, esta dinámica mercantilista también afecta la prestación del servicio a los usuarios, lo que aumenta aún más la conflictividad de los agentes dentro de las IPS.

4.1.1.4. Conclusión sobre el mercado laboral

En conclusión, la PNTHS sigue otorgándole autonomía al mercado laboral para que determine a quién y cómo contratar, acciones que pueden causar exclusión y discriminación para unos y abuso de poder por parte de otros en la relación de los agentes del sistema de salud. Según la PNTHS, la relación del mercado laboral entre los agentes gobierno, personal sanitario (THS), empleador (IPS) es permanente pero aislada la una de la otra, y cada cual obedece a su autonomía y dinámica. Así, con la Ley 100 de 1993 la instancia gubernamental descentralizó y dio autonomía a los diferentes mercados que confluyen en el sistema de salud, y cedió autoridad a la empresa privada para el manejo del sistema de salud. De esta forma, perdió autoridad y control sobre el sistema y sus agentes, lo cual afectó al personal de talento humano en salud en sus ejes más importante (contratación, estabilidad laboral y desarrollo profesional). El usuario o paciente también se vio perjudicado, ya que la atención que se le presta se mide a través de una productividad que no está relacionada a los resultados en salud, sino al número de procedimientos realizados en un tiempo determinado. Esto mejora las ganancias de las IPS, pero promueve una atención deficiente a los pacientes, especialmente a la población rural y distante de las zonas urbanas. Además, existe una relación tensa por la insatisfacción del THS frente a su empleador (IPS) a causa de desigualdades salariales y contractuales que repercuten en la adecuada prestación del servicio.

De forma más detallada, se observa una jerarquización y autonomía marcada por el abuso de poder por parte del empleador o IPS a algunos agentes del sistema como el personal del THS y el usuario. Al primero lo contrata según sus intereses económicos mediante diferentes formas que van en detrimento de su estabilidad laboral y desarrollo profesional. Al segundo le proporciona un servicio cuyos resultados en salud no son siempre positivos, ya sea por la interrupción del personal para la prestación del servicio o incluso por su falta de atender los pacientes, especialmente los más vulnerables y de regiones apartadas. Esto también incluye la no autorización de servicios que requieren los pacientes en algunas ocasiones y falta de calidad en la prestación del servicio.

La convivencia de los agentes es tensa por las diferentes posiciones de ventaja o desventaja de los involucrados, algunas veces discriminatoria y de exclusión. Por ejemplo, esto se observa en la poca visibilización y reconocimiento en la prestación del servicio al personal sanitario no médico, ya que la atención del usuario se centra en el médico, lo cual deja de lado los aportes que los profesionales pueden prestar al usuario o paciente. Se refleja asimismo en el salario que se les asigna, puesto que dista enormemente del salario de los médicos. Se pueden citar otras acciones discriminatorias para el personal del THS que, a pesar de tener algunas veces las mismas funciones, coexiste con diferentes tipos de contratos, horarios y salarios, lo cual refleja un trato desigual e injusto. Adicionalmente, existen acciones de exclusión de género hacia la mujer que por su condición de género puede tener un salario menor al de sus pares hombres.

4.1.2. El mercado educativo

Los agentes que más intervienen en el mercado educativo son los siguientes: primero, los formadores, representados por las instituciones educativas a cargo de la educación del THS; segundo, los estudiantes, personas que están realizando un programa de las áreas de la salud; tercero, las IPS, sitio donde llegan los estudiantes a realizar sus prácticas formativas, representadas por las clínicas y los hospitales, de los cuales algunos son escenarios de práctica u hospitales universitarios.

4.1.2.1. Formadores (representantes de las instituciones educativas, directivos-docentes)

La PNTHS caracteriza a los formadores como los representantes de las instituciones educativas, directivos y docentes responsables de la educación de los estudiantes de los programas de salud. Ellos están a cargo de los aspectos formativos, curriculares y de articular con las IPS las prácticas formativas de los estudiantes a través de la relación docencia-servicio para atender los requerimientos necesarios para una formación en salud con calidad y adecuada a las necesidades de la población colombiana. A continuación explicaré cómo la PNTHS le da autonomía al mercado educativo para que determine cómo educar a los estudiantes de las áreas del talento humano en salud.

La PNTHS afirma en sus antecedentes que la Ley 100 de 1993 no contó con estudios previos sobre el recurso humano en salud, su oferta y demanda, ni tampoco con un modelo

de atención en salud acorde a las necesidades del sistema de seguridad social en salud de los colombianos que guiara las acciones de los sectores de salud y educación. En cuanto a este último, no se profundizó en las competencias y los perfiles del personal en formación, ni tampoco en las necesidades cuantitativas de personal sanitario que se requerían para la implementación de dicha reforma (Dirección del Talento Humano en Salud, 2018, pp. 9-10).

En otras palabras, la Ley 100 de 1993 implementó sus nuevos preceptos e intereses consciente de que no contaba con un modelo de atención en salud que orientara al mercado educativo en directrices de formación y de planeación para responder cuantitativamente a las necesidades de la prestación del servicio. Se observa específicamente que no hubo una consulta a formadores, es decir, no se les tuvo en cuenta en la implementación de un nuevo sistema. De esta forma, se les excluyó de participar en la creación de sus nuevas dinámicas educativas, lo cual a su vez demuestra un abuso de poder por parte del gobierno.

La PNTHS también describe que, unos años después de que se implementara la ley, para subsanar los desaciertos ocasionados por ella, se realizaron algunos estudios que permitieron obtener información sobre la oferta, formación y disponibilidad del recurso humano en salud. Estos modificaron la orientación y toma de decisiones a través de la relación docencia-servicio y el sistema de aseguramiento de la calidad de la educación superior en aras de mejorar la formación y disponibilidad del THS en el país (Dirección del Talento Humano en Salud, 2018, p. 11).

De otro lado, el sistema de salud es una red interactiva compleja de relaciones entre diferentes agentes, actores y sistemas, cuya toma de decisiones y acciones da respuesta a la lógica y los intereses de sus mercados, en los que se combinan aspectos técnicos, sociales, culturales, económicos, políticos y de regulación. Son fundamentales para el talento humano en salud el mercado laboral, educativo y de servicios. La interacción y el funcionamiento se sintetiza de la siguiente manera (Ruíz y Matallana, 2008, citados en Dirección del Talento Humano en Salud, 2018, p. 15):

> El mercado de recursos humanos es interdependiente con al menos otros dos mercados: el educativo y el de servicios. En el primero, el bien transable es la educación, que, en el caso de la salud, tiende a ser heterogéneo, diversificado y jerarquizado.

La PNTHS identifica la educación como un bien transable, lo cual enfatiza en su carácter de mercantil, o sea, la venta de programas educativos. Esto permite develar el ejercicio de poder

por parte de dicho mercado que contiene determinados fines según sus intereses, lógica de negocio y amplia autonomía.

El segundo constituye el servicio en sí mismo y es heterogéneo, y cuando se genera la demanda, su producción se da de manera instantánea. El mercado educativo y de servicios está intermediado por el mercado laboral, el cual a su vez depende de ellos. Sin embargo, su relación se caracteriza por una asimetría, especialmente en la información oportuna que requiere el mercado educativo para producir el THS, y la planeación y formación que se debe hacer a mediano plazo. Por ejemplo, los estudiantes se enteran tardíamente de la información en referencia a los aspectos salariales (Dirección del Talento Humano en Salud, 2018, p. 15).

En los antecedentes de la PNTHS, se observa el conocimiento del marco histórico de los acontecimientos y sus protagonistas, lo cual permite profundizar en el análisis de la problemática presentada en el sistema de salud y los elementos que generan tensión entre sus agentes. Un ejemplo es cómo, por un lado, en las instituciones educativas no siempre se gradúan profesionales y técnicos con las competencias requeridas para satisfacer las demandas del sistema, y cómo las instituciones prestadoras del servicio de salud no ofrecen al personal sanitario condiciones mínimas de crecimiento laboral profesional y personal (Dirección del Talento Humano en Salud, 2018, p. 17). Así las cosas, es notable la posición ventajosa de las instituciones educativas y las prestadoras del servicio frente al personal sanitario, a quienes no se les ofrecen las condiciones necesarias para lograr las mejores competencias en el ejercicio de su labor, ni para desarrollarse personalmente.

La caracterización de la oferta educativa corresponde a las instituciones, los programas y los estudiantes del área de la salud. Se organiza en subsistemas: el primero hace referencia a la educación superior, encargada de la formación de tecnólogos, técnicos profesionales, profesionales, especialistas, magíster y doctores; el segundo, a la formación para el trabajo y el desarrollo humano donde se forman los técnicos laborales o auxiliares de salud (Dirección del Talento Humano en Salud, 2018, p. 21). La PNTHS detalla cómo, desde la década de los noventa, se ha visto un crecimiento sostenido de instituciones educativas y de programas en el área de la salud. Por ejemplo, los programas de Nutrición y Dietética, Enfermería, Odontología y Medicina prácticamente se triplicaron en este periodo. El comportamiento de algunas profesiones como fonoaudiología y química farmacéutica también muestran incrementos sostenidos aunque menores, mientras que optometría,

bacteriología y fisioterapia presentan un comportamiento estable, con solo algunas reducciones durante el periodo analizado. Finalmente, resalta la caída sostenida de egresados de instrumentación quirúrgica, lo que refleja el impacto de la tecnología en el ejercicio de la profesión (pp. 22-23).

Así las cosas, según lo expresado en la PNTH (Dirección del Talento Humano en Salud, 2018) la construcción de los dos subsistemas se basa en la autonomía y dinámica del mercado educativo que, ejerciendo su poder y obedeciendo a sus propios intereses, especialmente a aspectos económicos, refleja un movimiento de oferta y demanda que algunas veces se encuentra desarticulado con el mercado de prestación de servicios. Por tal motivo, algunas veces hay exceso o escasez de profesionales en salud, consecuencia que depende de las necesidades del sistema y el sitio de la geografía nacional donde se les ubique. Esto es una desventaja para el personal sanitario puesto que los excluye de la participación laboral de manera satisfactoria en la prestación del servicio.

La PNTHS (Dirección del Talento Humano en Salud, 2018) manifiesta que se ha desarrollado el Sistema de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior de forma paralela al crecimiento del número de facultades y programas de salud, lo cual ha establecido un nivel básico denominado registro calificado del programa. Mediante su aprobación, se autoriza que un programa se ofrezca en Colombia, al igual que otros cursos de nivel superior de carácter voluntario, al acreditar que los programas cumplen con niveles superiores de calidad. Para el 2018, solo 108 programas de las áreas de la salud habían obtenido este reconocimiento, es decir, el 37,5 % del total de programas (p. 24). A pesar del Sistema de Aseguramiento, Colombia no cuenta con un instrumento apropiado para medir la calidad y pertinencia de la formación recibida por los profesionales en salud. Por tal motivo, la PNTHS propone que debe revisar la prueba actual del Saber Pro o crear un instrumento que satisfaga dicha insuficiencia (p. 24). De esto se desprende que el mercado educativo, al cual tanto la Ley 100 como la PNTHS dotó de autonomía y poder para determinar cómo educar a los estudiantes de las áreas del talento humano en salud, aún no ha cumplido satisfactoriamente con su responsabilidad. La consecuencia es que casi treinta años después la PNTHS proponga que se debe contar con un instrumento que evalúe las competencias necesarias de la formación del personal sanitario a falta de contar con uno lo suficientemente satisfactorio.

Entre los desafíos que contempla la PNTHS están el nuevo Modelo Integral Atención en Salud (MIAS), del cual los lineamientos expresan que el mercado educativo debe realizar cambios que permitan su aplicación. Por ejemplo, este modelo propone fortalecer el relacionamiento con la población, el entorno territorial y los servicios de salud, lo cual conlleva a ampliar lo oferta de programas que se requieran donde haya un déficit de ellos. Así mismo, plantea tanto aprovechar los escenarios de práctica disponibles en los entornos comunitarios y ajustar los currículos con perfiles y competencias requeridas por el MIAS, como ajustar la oferta de programas y cupos que aumenten la disponibilidad de perfiles en el ámbito regional y nacional (Dirección del Talento Humano en Salud, 2018, p. 36).

En cuanto a cómo se diseña el mercado educativo, la PNTHS afirma que algunos estudios muestran que los procesos de formación del THS no se encuentran alineados con los requerimientos de salud de la población, con el sistema de salud y con lo necesario para su desempeño laboral. En consecuencia, no hay correspondencia del perfil de formación con el análisis del currículo y del perfil ocupacional desde la mirada de la ejecución de la tarea (p. 38). La falta de comunicación entre el mercado educativo y laboral y hasta ignorancia del uno sobre el otro hacen que el mercado laboral determine cómo educar al THS, ya que imponen sus currículos a pesar de que estos no aplican a los perfiles que requiere la población, el sistema de salud y lo que se necesita para su desempeño.

A fin de aplicar el MIAS y de garantizar el derecho fundamental a la salud, la PNTHS considera entre sus desafíos la importancia de los grupos multidisciplinarios. También contempla la importancia de un modelo de formación y de gestión del talento humano centrado en competencias que permita enlazar y armonizar tanto las necesidades de la población y de los servicios, como las expectativas del personal sanitario y del personal en formación (Dirección del Talento Humano en Salud, 2018, p. 38). En otras palabras, los formadores deberían educar al personal sanitario atendiendo a las necesidades de la población y del sistema de salud para fortalecer la adquisición de competencias que le permitan al THS un mejor desempeño y cumplir con sus expectativas.

Entre sus estrategias y líneas de acción, la PNTHS cita algunos avances que se han realizado con el objetivo de mejorar el Sistema Nacional de Salud. Un ejemplo es la construcción participativa de las competencias y los perfiles del personal sanitario, lo cual permite tanto el reconocimiento de sus roles, como su visibilización en el contexto y la

determinación de su posición en el proceso integral de atención en salud (v.g. la prevención, la promoción, la educación, el diagnóstico, el tratamiento, entre otros) y en los procesos de gestión, investigación y docencia (Dirección del Talento Humano en Salud, 2018, p. 43).

También consideró entre sus desafíos promover la formación de especialistas en medicina familiar y en salud familiar comunitaria, acciones que adelantó con algunas instituciones educativas en aspectos curriculares a través de la apertura de programas y cupos. Así mismo, recomendó la conformación de los grupos multidisciplinarios de salud específicamente en atención primaria para que, de esa manera, se implementarán las rutas integrales de atención en zonas lejanas y rurales (Dirección del Talento Humano en Salud, 2018, p. 43). Por último, propuso "Desarrollar incentivos para impulsar la oferta de formación de especialistas en aquellas áreas priorizadas o que no hay suficiente disponibilidad" (p. 48).

Al ver de cerca la propuesta de la nueva PNTHS, se puede apreciar sus buenas intenciones para lograr la aplicación del MIAS, pero se genera una exclusión y una discriminación de otras IE, porque el gobierno facilita solo a algunas ofertar por medio de la aprobación de programas y cupos, lo anterior sumado a su autonomía y dinámica —un aspecto que en los desafíos de la PNTHS no se aborda—. No se observan la aplicación de mecanismos de control que proporcionen vigilancia en la oferta de programas y cupos, ni en el logro de una educación con calidad que corresponda a las necesidades de la población.

En el texto, se observa la reiteración de la formación y gestión de un THS que se focalice en las competencias que articulan las habilidades, los conocimientos, las actitudes y las cualidades que debe tener el personal sanitario para el ejercicio de la ocupación y la profesión. Es importante tener en cuenta que la formación del THS se da dentro y fuera de las IE en ambientes donde se desempeñará en el futuro, lo cual impulsa la relación entre la academia, la asistencia y la población. De esta manera, se promueven nuevas formas de evaluación, medición y desempeño (Dirección del Talento Humano en Salud, 2018, p. 49). La PNTHS también insiste en que el referente del enfoque de competencias se debe aplicar para la elaboración de los currículos y las evaluaciones de programas de las áreas de la salud, al igual que para la formación continuada. Igualmente, se debe usar como instrumento de recertificación voluntaria u obligatoria, y en el reconocimiento de estudios y convalidación

en el exterior de títulos. Por otra parte, invita a que se difundan las competencias en salud pública en las EPS, IPS y las Direcciones Territoriales de Salud (p. 50).

En este orden de ideas, la PNTHS (Dirección del Talento Humano en Salud, 2018) propone aspectos interesantes para la articulación de los diferentes agentes en el sector salud. Al dejar la dinámica de dichas competencias en manos de los formadores y los prestadores del servicio, incluso si se profundiza en el problema, la postura de autoridad, control y seguimiento en su orientación es poco visible. En conclusión, las instituciones educativas siguen formando al THS en ejercicio de su poder, acorde con sus dinámicas e intereses, a causa de la autonomía otorgada por el gobierno. Este estado de cosas sigue afectando la prestación del servicio con calidad.

La PNTHS devela la importancia de robustecer la relación docencia-servicio en espacios comunitarios y de prestación de servicios primarios de atención en salud para cumplir con los propósitos del MIAS. Por tal motivo, se debe tanto acercar y valorar el proceso de formación del pregrado en coherencia con las necesidades de la población, como identificar el rol de los profesionales, técnicos y auxiliares en las Rutas Integrales de Atención (RIAS) (p. 55).

4.1.2.2. Estudiantes

La PNTHS caracteriza a los estudiantes como las personas que adelantan programas de las áreas de la salud en las instituciones educativas, quienes deben adquirir competencias para desempeñarse después en el sistema de salud colombiano. Por tal motivo, asisten a sus prácticas formativas en los lugares de prestación del servicio (clínicas y hospitales).

La PNTHS afirma que la inversión para la educación en salud no es un gasto sino una inversión tanto para estudiantes como para trabajadores. La política aconseja, entonces, que se incremente. También recomienda que se invierta tanto en el desarrollo de capacidades y capacitación, como en el desarrollo de las competencias de los estudiantes y los jóvenes trabajadores para abordar las necesidades en salud y su cubrimiento universal (p. 14). Estas acciones se deben concretar por la autoridad correspondiente en ejercicio de su poder y autoridad para que realmente se satisfagan las necesidades de salud y de cobertura poblacional.

En referencia a la pertinencia de la formación y su calidad, la PNTHS siempre propone entre las líneas de acción develar estrategias diseñadas por este texto tan influyente para una presentación positiva de sí misma, de las necesidades de la población y de la prestación del servicio con calidad. Por esta razón, reitera permanentemente el apoyo a los ajustes curriculares de las profesiones de la salud para que así se fortalezcan las competencias en promoción de la salud, prevención de la enfermedad y gestión integral del riesgo. También propone que se consoliden el enfoque intercultural y las formas de trabajo colaborativo, intercultural e interprofesional. Así mismo, apoya el desarrollo de las recomendaciones emitidas por la Comisión para la Transformación de la Educación Médica, según el análisis intersectorial de conveniencia y viabilidad de esta. De la misma manera, hace referencia a los criterios y perfiles del ingreso del pregrado de Medicina, al ajuste curricular y a las estrategias educativas que favorezcan la interconexión de la educación médica, además de que esté acorde de manera dinámica con las necesidades de la población y del sistema de salud. Finalmente, sugiere que su aplicación se puede extender a los otros programas de salud (Dirección del Talento Humano en Salud, 2018, p. 47).

A través de la creación de la PNTHS se reitera que se debe garantizar cualitativa y cuantitativamente el personal sanitario necesario para prestar el servicio de salud. Por este motivo, la formación del personal en salud debe ir en congruencia con las necesidades de la población y los objetivos del sistema. Por ello, esta política afirma que la oferta educativa en sus diferentes niveles (auxiliar, técnico, pregrado y posgrado de las diferentes disciplinas y especialidades) debe ser acorde a las necesidades del sistema y ajustarse a las necesidades epidemiológicas, sociales y demográficas de la geografía colombiana (p. 54). Entre las estrategias propuestas para fortalecer la capacidad resolutiva de los profesionales básicos en salud, la PNTHS solicita incluir en el currículo pautas que marquen la diferencia, como la prevención, la humanización, la salud comunitaria y familiar, y la gestión del riesgo. De igual manera, sugiere el ajuste en los perfiles de los auxiliares de enfermería, salud oral, salud pública y gestores comunitarios para que se ajusten a las necesidades de las Rutas Integradas de Atención en Salud (p. 44). Estas acciones que están a cargo del mercado educativo, dirigido por los formadores, son ajenas a los estudiantes, a quienes se excluye de las decisiones o no forman parte de los ajustes a cargo de las instituciones educativas.

En el análisis se observa que la relación de los estudiantes con las instituciones educativas es distante y que se cuenta con poca participación en las medidas sugeridas, a pesar de que las decisiones que se tomen por parte de los formadores van a impactar su vida profesional futura y su desarrollo personal. Que los formadores puedan hacer esto es evidencia no solo de una exclusión hacia los estudiantes, sino del abuso de poder por parte de las instituciones educativas a causa de la autonomía con que cuenta el mercado educativo.

Entre los desafíos de la PNTHS, y en cumplimiento de la Ley Estatutaria del 2015, para garantizar el derecho a la salud de los colombianos se propone

> El desarrollo de competencias en el talento humano a partir de una concepción amplia de la salud, basada en la gestión de determinantes sociales de la salud, el enfoque de derechos, la interculturalidad, la participación de los pacientes y las comunidades, la protección de los pueblos indígenas, afrodescendientes, minorías y sujetos de especial protección. (Dirección del Talento Humano en Salud, 2018, p. 35)

Frente a este reto, se requiere por parte de los estudiantes una gran responsabilidad social y competencias que apunten a su cumplimiento.

Para contribuir a la humanización de la prestación del servicio, otra apuesta de la PNTHS es el reconocimiento y la remuneración del aporte de los residentes al servicio de salud, además de favorecer las condiciones de formación de los especialistas (p. 56). Por un lado, aunque se valore la humanización en términos de reconocimiento y remuneración, se omiten aspectos como la formación en valores y ética. Por otro lado, se excluye al talento humano de las áreas de la salud no médico que realizan especializaciones y aportan con sus servicios al sistema de salud. En aras de lograr la humanización en la prestación del servicio por esos medios, las relaciones en el personal sanitario se ven afectadas a causa de la discriminación hacia unos y los beneficios para otros.

Entre los objetivos específicos de la PNTHS se habla de la autorregulación, la responsabilidad y el ejercicio ético de las profesiones y ocupaciones de la salud dentro de su autonomía, enmarcadas en espacios de desempeño libres de regalos por favores recibidos y prebendas que distorsionen la labor. Por eso, a través de la autorregulación, los códigos y tribunales de ética, las guías, los protocolos y los consensos, también invita a fortalecer el aspecto ético en los procesos de formación, mecanismos de recertificación, sociedades

científicas y colegios profesionales (p. 57). Esta invitación es una sugerencia sin poder de obligación legal, es decir, se pretende cumplir este objetivo a través de terceros como la academia, los gremios y el personal sanitario. Así, esta política pública omite su responsabilidad frente al actuar ético por parte de los agentes de la salud, lo que facilita que el relacionamiento del personal sanitario con otros agentes del mercado de la prestación del servicio se vea afectado por las acciones que impactan la ética y distorsionan el ejercicio profesional.

4.1.2.3. Instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS)

Las IPS son hospitales y clínicas (públicos y privados) donde se presta el servicio de salud, las cuales cuentan con autonomía y dinámica propia. Allí los usuarios o pacientes asisten para recibir una atención por parte del personal sanitario que contribuirá a mejorar su estado de salud. Se caracterizan por tener las condiciones administrativas, técnicas, asistenciales y de docencia-servicio (cuando actúan como escenario de práctica formativa) para prestar el servicio de salud.

En cuanto a su relación con el mercado educativo, las aristas coinciden especialmente en los aspectos de formación y competencias que requiere el personal sanitario para su posterior desempeño profesional en el sector salud. En esta sección demostraré hasta qué punto la PNTHS le otorga autonomía al mercado educativo para que determine cómo educar a los estudiantes de las áreas del talento humano en salud.

El sistema educativo es considerado un grupo de normas, programas educativos, instituciones y escenarios de práctica que establece la capacidad de oferta, representada en cupos, matrículas y egresados que cuentan con unos perfiles y competencias. Tanto las instituciones como los procesos de formación en el interior del mercado educativo y las condiciones laborales de trabajo que ofrecen las IPS determinan el desempeño, la distribución, la autonomía, la capacidad resolutiva y el desarrollo del personal sanitario (Dirección del Talento Humano en Salud, 2018, p. 17). Aquí se identifica el nivel de agencia de cada mercado y las relaciones que pueden ser de alianza o conflicto según sus propios intereses, lo cual puede llevar a una exclusión, una discriminación o un abuso de poder por parte de algunos agentes en el mundo del talento humano en salud.

Retomando lo expuesto en la PNTHS, las reformas introducidas en la década de los noventa en los sectores laboral, salud y educación se distinguieron por la descentralización, autonomía y mayor participación de los grupos privados, lo que permitió un desarrollo en una dinámica propia. Esto ha dificultado el cumplimiento de objetivos comunes y de políticas intersectoriales con consecuencias no deseadas, por ejemplo, en cuanto a la pertinencia de la formación, las condiciones laborales del personal sanitario, y la relación y eficacia de los incentivos y de la regulación (p. 16). En este contexto, hay un ejercicio de poder en cada uno de los sectores (laboral, educación y servicios) a través del cual se somete o abusa de otros grupos con menor influencia, a saber, el personal sanitario y los usuarios o pacientes. Estos se rigen bajo la autonomía de los sectores y obedecen a las dinámicas del mercado, las creencias y la ideología de hegemonía neoliberal.

En esta circulación de poder, que va de mano en mano en cada mercado, surgen relaciones desiguales que afectan a algunos agentes de estos mercados como el personal sanitario no médico, especialmente auxiliares de enfermería, técnicos y profesionales. Esta desigualdad se manifiesta cuando estos defienden sus posiciones ante agentes como las EPS, IPS, instituciones educativas y autoridades gubernamentales (Dirección del Talento Humano en Salud, 2018, p. 16). En esta relación entre agentes con poder y otros desprovistos de él, se genera una exclusión, discriminación y abuso de poder por parte del mercado laboral, educativo, de servicios y autoridades oficiales cuando dicho THS no médico defiende su posición ante ellos, a diferencia del comportamiento de los mercados con el THS médico.

Respecto al mercado educativo, la PNTHS reafirmo que debe tener en cuenta las necesidades del THS para la prestación del servicio en las IPS; los requerimientos de la población; la capacidad del sistema educativo; el modelo de atención y prestación del servicio; las competencias del THS; la capacidad resolutiva de las instituciones; y los equipos de salud. Dicha planificación debe contar con esfuerzos por lo menos en dos aspectos: primero, disponer de información que incida en la oferta y la demanda; segundo, pensar en una guía dinámica y considerar una mirada como sistema, teniendo en cuenta los múltiples factores que afectan al talento humano disponible (Dirección del Talento Humano en Salud, 2018, p. 19).

También menciona la importancia del aumento del THS para garantizar el acceso a la salud, teniendo en cuenta que la cobertura ha aumentado en los últimos años y que aún se

tienen dificultades para atender la demanda, especialmente en los sitios rurales y dispersos de la geografía colombiana: “Sin embargo, se deben considerar elementos como la capacidad del sistema de salud y sus instituciones para absorber adecuadamente los incrementos en la oferta de este capital humano, su impacto en la empleabilidad, remuneración y desarrollo profesional” (Dirección del Talento Humano en Salud, 2018, p. 19). Desde esta óptica es de donde se observa el ejercicio del poder por parte de las IPS, evidenciando el control que ejercen desde su autonomía y propia dinámica mercantilista en aras de sus intereses, lo cual está incluido en la PNTH y, por qué no decirlo, desde la misma PNTHS como medio escrito que lo informa.

Entre sus líneas de acción para promover la calidad y pertinencia de la formación, la PNTHS habla de consolidar e incentivar a los hospitales universitarios como centros líderes en la formación del talento humano en salud e investigación, y en la creación de conocimiento. También plantea la autoevaluación y autorregulación de la relación docencia-servicio y los escenarios de práctica de los programas del THS, además de establecer criterios técnicos para la oferta, aprobación y asignación de cupos de prácticas formativas para los programas del área de la salud mediante lineamientos oficiales (Dirección del Talento Humano en Salud, 2018, p. 47).

En los desafíos de la nueva política, se propone entre sus estrategias “Desarrollar incentivos para impulsar la oferta de formación de especialistas en aquellas áreas priorizadas o que no hay suficiente disponibilidad” (Dirección del Talento Humano en Salud, 2018, p. 48). Con este plan se pretende proveer de especialistas a las zonas en donde no se cuenta con ellos para impulsar y aumentar la oferta en la formación de especialistas. De esta forma, se intenta enmendar la falta de la prestación del servicio por parte de los especialistas a la población de áreas rurales y alejadas de los centros urbanos. Es decir, se acepta que hay una exclusión de dicha población al no ser tomada en cuenta por especialistas ni IPS.

Para cambiar esa situación, esta política tiene como objetivo promover en las especializaciones básicas un servicio social obligatorio para la atención primaria en las zonas con poca disponibilidad de recurso humano. Igualmente, procura incentivar el trabajo mediante acceso privilegiado y financiación en programas de especialización a quienes realicen su servicio social en zonas apartadas de los centros urbanos y de difícil accesibilidad (Dirección del Talento Humano en Salud, 2018, p. 48). Su intención es también crear un

sistema de formación especializado que reconozca a quienes en su proceso de formación aportan a la prestación del servicio, y que equilibre los aspectos educativos, laborales y de prestación del servicio (p. 49).

4.1.2.4. Conclusión sobre el mercado educativo

En esta sección, se representó a los agentes que tienen mayor relevancia en el mercado educativo, a saber, los formadores, los estudiantes y las IPS. Se observó que en la relación de estos tres agentes se refleja la exclusión, la discriminación y el abuso de poder. La relación entre estos agentes es distante, tensionante, sin unión ni armonía en los procesos formativos ni en los aspectos técnicos que les permitan planearse en la oferta y la demanda del sistema de salud, los salarios y las necesidades para el desarrollo del THS. Esto se debe a la autonomía, una dinámica que permite tanto al mercado de la prestación del servicio como al mercado educativo guiarse por sus propios intereses.

En esta relación de poder queda en desventaja el estudiante, quien recibe la educación determinada por la institución educativa sin posibilidad de participación en el proceso, realiza sus prácticas formativas en las IPS y posteriormente se desempeña en ellas, aduciendo esta última que sus competencias no son suficientes para garantizar la satisfacción de la prestación del servicio, lo anterior tomado de la PNTHS (Dirección del Talento Humano en Salud, 2018).

En consecuencia, la forma en que los agentes son representados y en las relaciones que mantienen entre ellos hay un abuso de poder por parte de los formadores y de las IPS. Los formadores atienden a aspectos mercantilistas, es decir, a la oferta de programas con la finalidad de captar estudiantes por un interés económico, y no se apropian lo suficiente de su tarea de determinar cómo educar a los estudiantes del THS. Las IPS se concentran en la venta de servicios y no se apropian lo suficiente de la formación del personal de salud. La autonomía con la que estos dos agentes cuenten es legitimada por el Estado, que no regula con mayor precisión las acciones que ellos pueden ejercer, es decir, el Estado mantiene las condiciones en que el abuso de poder subsiste. En consecuencia, los estudiantes y el personal sanitario, excluidos y discriminados, están sujetos a las órdenes de los formadores y las IPS en este mercado.

El análisis crítico del discurso exige que el lenguaje usado en la PNTHS cobre una mayor relevancia al momento de interpretación de esta política pública. Esto no significa que los hechos sociales no sean de importancia, sino que estos lo condicionan y sacan a la superficie su imprescindibilidad como práctica política (Ayala, 2008, p. 22). También se utilizaron *topois* (justificaciones relacionadas con el contenido o reglas que vinculan el argumento a la conclusión): el discurso se vincula o se transmite a través de símbolos de manera colectiva (Wodak y Meyer, 2003, p. 65).

4.1.3. El mercado de prestación de servicios de salud

En este contexto, al igual que en la Ley 100 de 1993, la PNTHS sigue permitiendo la autonomía a los prestadores de servicios de salud para que determinen cómo prestar su servicio a los usuarios. La atención en salud se ofrece a través de prestadores institucionales públicos, privados o mixtos y de profesionales independientes, pero es en la institución prestadora de servicios de salud donde ejerce la mayor parte del recurso humano en salud mediante diferentes tipos de vinculación laboral y contractual (Dirección del Talento Humano en Salud, 2018, p. 25). Se caracteriza a la IPS como la prestadora de servicios de salud. El recurso humano en salud corresponde al personal sanitario que labora en las IPS a través de diferentes formas de contratación y los usuarios son las personas objeto de atención. Los tres anteriores agentes son los de mayor relevancia en el mercado de prestación de servicios.

4.1.3.1. Instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS)

“Por lo general, las IPS gozan de amplia autonomía en su gestión administrativa, financiera y operativa, siempre y cuando acrediten el cumplimiento de las normas básicas para la oferta de servicios de salud del sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud” (Dirección del Talento Humano en Salud, 2018, p. 25). La oferta de salud pública se realiza según el esquema de descentralización territorial, entonces hay IPS públicas del orden nacional, departamental, distrital y municipal (p. 25). La PNTHS afirma que, teniendo en cuenta la mezcla de autonomía, descentralización y participación del sector privado, no se tiene un único régimen de contratación del THS. Por el contrario, son múltiples las condiciones de selección, vinculación, remuneración, desarrollo profesional y retiro, lo cual conlleva a la

ausencia de canales formales que organicen la movilidad del recurso humano y el desarrollo dentro de las otras IPS, demás empleadores del sector e incluso en la misma red territorial (p. 25). Esta estrategia vuelve posible las diferencias contractuales, salariales y de desarrollo profesional entre el THS por parte de las IPS, lo cual lo ubica en una posición de desventaja en su desarrollo personal y profesional. Esto también crea unas relaciones en las que puede existir exclusión, discriminación y abuso de poder.

En el análisis del texto, se puede observar que la presencia del personal en formación del talento humano en salud hace parte de la prestación del servicio. Por un lado, están en los llamados escenarios de práctica que corresponden a clínicas y hospitales que cuentan con los estándares básicos para la realización de las prácticas formativas. Por otro lado, se encuentran en los hospitales universitarios con altos estándares para la realización de las prácticas. Respecto al primero, en el 2018 eran escenario de práctica 407 IPS privadas, frente a 201 públicas, tres mixtas y una indígena de carácter público. En relación con el segundo, el mismo año doce IPS habían logrado ser reconocidas como hospital universitario (Dirección del Talento Humano en Salud, 2018, p. 26).

La PNTHS explica también que en el 2016, producto del aseguramiento, se encontraban registradas 45 563 IPS, el 90 % son privadas, 9,8 % públicas y 0,18 % mixtas. Con ello se observa la evolución de los recursos, la infraestructura y el número de actividades que se relacionan con la prestación del servicio, al igual que la demanda sobre la prestación del servicio, pero el impacto sobre el THS aún no se ha medido (Dirección del Talento Humano en Salud, 2018, p. 26). Se observa que el léxico con que se redacta la PNTHS es inherente al utilizado en los ámbitos del mercantilismo, es decir que implícitamente habla de una ideología neoliberal. Por ejemplo, en la representación del 90 % de IPS privadas como prestadoras del servicio de salud, autónomas y con dinámicas que responden a sus intereses, el relacionamiento con las IPS públicas y mixtas puede ser de exclusión.

El Estado cedió su autoridad ante el sector privado, que adsorbió la prestación de servicios y constituye un alto porcentaje de ventas, lo que dejó sin capacidad de competencia o reducida a las IPS públicas y mixtas. En otros términos, el 90 % del servicio lo prestan las IPS privadas, prácticamente dueñas del sector y con un competidor muy débil correspondiente al 10 % de las IPS públicas. Frente a esto se confirma en las cifras

mencionadas el abuso de poder y la exclusión que las IPS pueden tener frente al estudiante y al personal sanitario.

4.1.3.2. Personal del talento humano en salud o personal sanitario

El personal sanitario está encargado de prestar el servicio de salud y labora mediante diferentes tipos de contratación en las IPS, que determinan cómo prestar el servicio de salud a los usuarios o pacientes. Sobre esto, la PNTHS (Dirección del Talento Humano en Salud, 2018, p. 33) comenta que

> Estas características de las relaciones contractuales entre los agentes institucionales del sistema de salud han conducido a que la relación entre las instituciones y el talento humano esté marcada por la satisfacción de metas de producción, facturación y control de costos no asociadas a criterios de calidad o resultados en salud.

Para cumplir dichos propósitos, se han generado acciones administrativas para limitar la utilización de los medios diagnósticos, las interconsultas, las remisiones y la formulación de medicamentos por parte de los profesionales sanitarios fundamentalmente en los primeros niveles de atención (p. 33). La PNTHS (Dirección del Talento Humano en Salud, 2018, p. 28) también afirma que

> La mayor participación del sector privado y la introducción de incentivos de mercado, impulsaron a aseguradoras de servicios de salud a aumentar la productividad y la eficiencia en sus procesos de prestación de servicios: mayor número de consultas y pacientes atendidos por hora/profesional, reducción de tiempos de recuperación hospitalaria, pago por actividad realizada entre otros.

Esto aplica asimismo al funcionamiento entre empleadores, las maneras de vinculación y los intermediarios, lo cual ha afectado la autonomía y el desempeño resolutivo del personal sanitario y, en consecuencia, ha tornado en difusa su responsabilidad ética y civil respecto a su rol profesional (Dirección del Talento Humano en Salud, 2018, p. 29).

La PNTHS (Dirección del Talento Humano en Salud, 2018, p. 42) explica que el resultado de esta situación

> […] genera incertidumbre, debilita la confianza entre el trabajador y el empleador y no permite la construcción de capacidades institucionales para el mejoramiento de los servicios, con consecuencias negativas como: Afectación de la continuidad

en la prestación de servicios por la rotación frecuente del personal asistencial y administrativo.

También se ratifican los bajos ingresos; el poco compromiso por parte del THS con las políticas institucionales y sus objetivos; la injusticia entre el personal sanitario contratado por diversidad de mecanismos, aun teniendo iguales funciones y responsabilidades; las dificultades para activar las formas de incentivos y evaluaciones de desempeño; la poca motivación por las pocas posibilidades de educación continuada, desarrollo personal y profesional. De igual forma, a veces se ve el trato deshumanizado hacia los pacientes por la apreciación negativa del sistema de salud y sus instituciones, que afecta la continuidad y calidad en la prestación del servicio con calidad (Dirección del Talento Humano en Salud, 2018, p. 42).

El léxico determina claramente las relaciones entre los agentes, en las que se evidencia tensión, distancia, inconformidad e injusticia del personal sanitario hacia el empleador o IPS, lo cual lleva a una discriminación y exclusión. Por otra parte, el poder circula entre los agentes a cargo de los mercados, quienes están en posición de dominar y controlar el sistema frente al paciente o usuario. En ese sentido, tanto el personal del THS como el prestador del servicio abusan de su poder en distintos niveles: el primero, a través del trato inadecuado que puede darle al paciente a causa de la percepción negativa del sistema; el segundo, por prestar un servicio ajustado a sus intereses. En la realidad de estas relaciones, es notable que el más afectado es el paciente, quien está en las manos de los dos anteriores para atender su salud.

La PNTHS incluye entre sus desafíos que “Así mismo, es fundamental el diseño y uso de incentivos que faciliten atraer, vincular y retener el talento humano requerido” (Dirección del Talento Humano en Salud, 2018, p. 39). También propone algunas estrategias como el servicio social obligatorio para los profesionales de la salud en zonas de difícil acceso y rurales, y la formación del THS de las mismas comunidades para propender por la permanencia en su entorno (p. 39).

Esta forma de incentivo favorece a la población excluida de las poblaciones rurales que difícilmente reciben el servicio de salud. Sin embargo, este sistema de incentivos también ha sido afectado por una lógica comercial, por ejemplo, la oferta de una educación por parte

de proveedores o terceros, cuya función principal no es pedagógica. Al respecto, la PNTHS (Dirección del Talento Humano en Salud, 2018, p. 34) menciona:

> Finalmente, si bien existen normas que hacen obligatoria la capacitación del talento humano por parte de los empleadores son pocos los casos en que se destinan recursos, se generan incentivos y se desarrollan programas para la actualización, la mejora continua de los servicios y el trato humanizado, entre otros. De esta forma, una parte significativa de la actualización y la formación continua es ofrecida por empresas que producen o comercializan servicios, medicamentos, tecnologías e insumos, lo cual implica riesgos para la autonomía y la ética profesional, por el espacio que genera por la oferta de dádivas que vinculan incentivos asociados a mejoras en la calidad y los resultados en salud […].

También hace referencia a "Lo anterior sin perder de vista estímulos perversos como las dádivas y prebendas que distorsionan la atención en salud" que han citado en los artículos 17 de la Ley 1751 del 2015 y 106 de la Ley 1438 del 2011, modificada por el artículo 133 de la Ley 1474 del 2011 (Dirección del Talento Humano en Salud, 2018, p. 34).

Las dádivas e incentivos, entonces, no mejoran la atención médica, sino que manipulan los intereses del THS, a pesar de las leyes que las regulan. Esto puede alterar tanto los resultados en salud al paciente, como los aspectos éticos del personal sanitario, ya que la educación continuada es ofrecida por empresas comercializadoras o proveedores del sistema, en vez del mercado prestador del servicio, quienes son los verdaderos responsables de esa tarea.

Sin profundizar demasiado, la PNTHS (Dirección del Talento Humano en Salud, 2018, p. 57) menciona brevemente los aspectos éticos del personal sanitario en relación con el ejercicio ético, la responsabilidad y la autorregulación de las profesiones y ocupaciones de la salud:

> La autonomía de las profesiones de la salud debe estar acompañada por el ejercicio ético y socialmente responsable de las mismas y el desarrollo de ambientes de desempeño propicios para el ejercicio ético de las profesiones, libre de dádivas y prebendas que lo distorsionen.

Sin embargo, después traslada esta responsabilidad a terceros, proponiendo fortalecer los mecanismos de autorregulación, a saber, los tribunales y códigos de ética, los protocolos, los consensos, los mecanismos de certificación, los colegios profesionales, las sociedades

científicas y los procesos de formación (Dirección del Talento Humano en Salud, 2018, p. 57).

En conclusión, este proyecto excluyente, que nació desde la Ley 100 de 1993, se caracteriza por el abuso de poder y tiene como horizonte el control del sistema de salud desde el ámbito privado y mercantilista. La PNTHS analiza esa ley y propone orientar las acciones de los mercados ya citados, pero da continuación a su autonomía y dinámica. Así el sistema continúa: la exclusión, la discriminación y el abuso de poder se perpetúan. Esto se evidencia, a saber, en los diferentes tipos de contratación inequitativa del personal del THS, y en la limitación en su autonomía para favorecer acciones mercantilistas de las IPS que atiendan a sus metas de productividad en detrimento del usuario o paciente.

4.1.3.3. Usuarios o pacientes

La PNTHS caracteriza a los usuarios o pacientes como las personas que requieren del servicio de salud. Esta política pública les da autonomía a los prestadores de servicios de salud para que determinen cómo prestar su servicio a los usuarios o pacientes. En otras palabras, esta atención se realiza en una IPS pública o privada que obedece a su autonomía y propios intereses dentro del mercado. En las clínicas y los hospitales se entreteje el relacionamiento de diferentes agentes con un nivel de agencia y jerarquía distinto que lleva a alianzas o conflictos.

En el sistema de salud colombiano es necesario que aumente el personal sanitario para garantizar a la población un acceso a él, desafío que se ha abordado en los últimos años a través de un aumento en la cobertura. Es importante anotar que aún se observa dificultad de acceso a los servicios, especialmente en las zonas alejadas de los centros urbanos. Otros aspectos que se deben tener en cuenta en la oferta del personal es su empleabilidad, remuneración y desarrollo profesional (Dirección del Talento Humano en Salud, 2018, p. 19). Dado que los pacientes en estas zonas no logran acceder al servicio médico, se les excluye de este a causa de su posición geográfica.

También se menciona en la PNTHS (Dirección del Talento Humano en Salud, 2018, p. 25) la importancia de los seguros en el sistema de salud colombiana:

> Además de los factores universales que determinan la demanda de servicios de salud, como son las características demográficas y epidemiológicas de la población

> y los cambios en las tecnologías en salud, en el sistema de salud colombiano esa demanda también ha respondido a las dinámica del aseguramiento, en dos sentidos: la población cubierta por los seguros de salud y los riesgos cubiertos por dichos seguros, es decir, los servicios previstos en los planes de beneficios e incluso aquellos no previstos pero que el sistema de salud debe atender con sus recursos.

El aseguramiento, entonces, es otra rama del sistema de salud que vincula los pacientes con él y, por lo tanto, los recursos de salud deben ser dirigidos a mejorar su dinámica. Esto añade los intereses de otro mercado a aquel de la salud. La consecuencia de esa relación es el control mercantilista del sistema de prestación de salud, puesto que, con la marcada diferencia en la representación del sector privado y la introducción de incentivos de mercado, llevó a las aseguradoras y prestadores de servicio a aumentar la eficiencia y productividad en estos, reflejada en pago de actividad, más número de pacientes atendidos por hora por profesional, y disminución en los tiempos de recuperación. Lo anterior no se manifestó en el buen logro de resultados en la salud de las personas o en la calidad de los servicios ofertados (Dirección del Talento Humano en Salud, 2018, p. 28).

Así, la PNTHS sugiere que el aumento de la productividad impuesto por el empleador no está vinculado a la recuperación de los pacientes, sino al interés económico representado en la productividad o facturación que solo lo beneficia a él, con posible detrimento del paciente y del personal sanitario. Para el usuario se produce falta de confianza en las IPS y, en consecuencia, frente al THS por lo siguiente: efectos negativos por la baja capacidad resolutiva ligada a la poca oportunidad de servicios, demoras en trámites y remisiones que no se requieren y que sí impactan los desenlaces y resultados en la salud de la población. Lo anterior, como se dijo, afecta la credibilidad y confianza del usuario o paciente en las IPS y la idoneidad del THS, que perpetua el círculo vicioso negativo en todos los aspectos del sistema de salud (Dirección del Talento Humano en Salud, 2018, p. 37).

La PNTHS afirma que se ha perdido la credibilidad en el sistema de salud y en el talento humano que los atiende por los desenlaces negativos que ven. Tanto el sistema como el personal sanitario no dan confianza en la atención a los pacientes, cuya raíz es los intereses económicos que permean el sistema de salud en busca de una mayor efectividad.

Podemos reafirmar lo que se dice en la PNTHS (Dirección del Talento Humano en Salud, 2018, p. 38) con lo siguiente:

> Estas inequidades se reflejan también en la persistencia de brechas significativas en la cobertura del aseguramiento, los resultados en salud y acceso a los servicios de salud, que muestran condiciones menos favorables para las poblaciones que habitan en zonas rurales y dispersas (Ministerio de Salud y Protección Social 2018). De igual forma hay mayor disponibilidad de recurso humano en los grandes centros urbanos, mientras que las zonas rurales y alejadas enfrentan serias dificultades para vincular y retener el personal sanitario. Entre más calificado es el personal es más crítica la situación, como sucede con los médicos especialistas.

A lo anterior se le añade que el sistema de salud es inequitativo en su cobertura con la población o los pacientes que se encuentran alejados de las zonas urbanas porque es más difícil conseguir personal sanitario calificado-médicos especialistas para que trabajen allí. Esto lleva a una situación en la que "hay mayor disponibilidad de recurso humano en los grandes centros urbanos, mientras que las zonas rurales y alejadas enfrentan serias dificultades para vincular y retener el personal sanitario" (Dirección del Talento Humano en Salud, 2018, p. 38), lo cual empeora entre más especializado sea el THS. A falta de un mayor esfuerzo económico y social por parte del gobierno, se excluye a los usuarios en regiones alejadas de un acceso a la salud en sus alrededores.

Entre los desafíos de la PNTHS se encuentra desarrollar el Modelo de Atención Integral en Salud (MIAS), que en primera instancia busca fortalecer el acceso al derecho a la salud a través de la integración de recursos y la organización de acciones con los agentes del sector. Para lograr desarrollarlo, se requiere la sensibilización de los agentes que toman las decisiones en los niveles nacional, regional y local, es decir, se requiere un cambio en la cultura organizacional. También es necesaria la capacitación del personal sanitario y los ajustes a los planes curriculares de formación del talento humano en salud (p. 35).

Otro reto de la PNTHS es el derecho a la salud y el acceso universal mediante el aseguramiento con pacientes más informados que pueden solicitar un buen servicio de salud que incluye calidad, cantidad, oportunidad y humanización. Por un lado, estos retos están asociados a contar con un talento humano disponible, idóneo, desarrollado adecuadamente y bien distribuido en el territorio nacional. Por el otro, el sistema debe tener suficiencia técnica, administrativa y operacional para organizar los modelos de gestión, atención y prestación del servicio (Dirección del Talento Humano en Salud, 2018, p. 35). Debido a que el énfasis del modelo está en el plan integral de cuidado primario, que articula las acciones personales,

colectivas y de la comunidad en su contexto, se deben fortalecer las direcciones técnicas de las EPS-IPS para la elaboración y el cumplimiento del MIAS (p. 36). Sin embargo, con esta nueva propuesta de la PNTHS, que reitera el poder del agente prestador del servicio —dotado legalmente de autonomía, propia dinámica y descentralización en el sistema de salud—, este continuará determinando la forma en que se prestaran los servicios de salud a la población.

La política pública se ha propuesto alcanzar esa meta a través de medios que motiven al THS. En los desafíos de la PNTHS, se habla sobre la capacidad resolutiva de los servicios y equipos multidisciplinarios de salud, que "está asociada tanto a los procesos de formación como a las condiciones y características de la organización, gestión e incentivos de las instituciones y servicios de salud, factores que se retroalimentan y afectan mutuamente" (Dirección del Talento Humano en Salud, 2018, p. 37). Por lo tanto, se consideran tanto los incentivos para lograr la presencia del TH en zonas diferentes al entorno urbano, como la priorización en acceso a la educación continuada, formal y a las tecnologías de la información y la comunicación (TIC). Por último, se sugieren las primas por desempeños y sobre sueldos (p. 40).

A nivel educativo, la PNTHS promueve la "Formación más acorde con las necesidades de la población, el desarrollo y los objetivos del sistema de salud" (Dirección del Talento Humano en Salud, 2018, p. 54). Así mismo, busca reducir las roturas entre la oferta y demanda del personal sanitario para garantizar el acceso a la salud en diferentes niveles de formación, como auxiliares, técnicos, pregrado y posgrado de los diferentes programas del talento humano en salud. De esta forma, la oferta educativa debe estar ajustada a las necesidades actuales y futuras del sistema según las necesidades epidemiológicas y demográficas del país (p. 54). En dicho objetivo se propone la integración de los tres mercados a futuro, pero no se dice el control que ejercerá y con qué recursos cuenta la PNTHS para su cumplimiento, teniendo en cuenta el poder y los intereses de cada mercado.

Es menester tener en cuenta que, a pesar de que la PNTHS tiene unos objetivos muy claros respecto a la oferta y demanda del personal del THS, también reafirma que el sistema debe atender con sus recursos y que lo realizará según sus capacidades, principalmente en relación con la atención al paciente (Dirección del Talento Humano en Salud, 2018, p. 6). La PNTHS establece, entonces, que la disponibilidad del THS para la atención en salud está sujeta a los elementos de capacidad del sistema, lo que significa que sigue a la merced del

mercado laboral de las IPS. En otras palabras, la PNTHS sugiere unas acciones para tratar a pacientes en zonas dispersas o alejadas, pero no las vuelve obligatorias para las IPS.

Finalmente, después de analizar la PNTHS, se puede afirmar que el modelo de la prestación del servicio en salud que inició con la Ley 100 luego de casi treinta años continúa con grandes falencias. La nueva política trata de subsanarlas mediante la propuesta de un nuevo modelo de prestación de servicios (MIAS) y orientación, acciones muy validas pero que conservan los mismos principios de la Ley 100, a saber, la descentralización, autonomía y propia dinámica de los mercados. La Política Nacional del Talento Humano en Salud, entonces, sigue dándole autonomía a los mercados laboral, educativo y de servicios de salud para que determinen: 1) a quién y cómo contratar; 2) cómo educar a los estudiantes de las áreas del talento humano en salud; 3) cómo prestar un servicio de salud. En cuanto a este último aspecto, se observó que el 90 % de las IPS está a cargo del sector privado, cuya finalidad mercantilista fija como prioridad la mayor ganancia económica. En busca de esta ganancia, abusa del poder que le fue otorgado por la Ley 100 al excluir de su servicio a pacientes de zonas alejadas y al discriminar a algunos agentes del personal sanitario a través de contrataciones y condiciones desiguales. La consecuencia de esto es el empeoramiento de la relación entre los agentes del personal sanitario (i.e. entre médicos y auxiliares), lo que termina afectando el servicio a los pacientes.

En el análisis de la PNTHS a la Ley 100, se devela quién tiene el poder y cómo circula en las esferas políticas a cargo de la descentralización de la salud, lideradas por gobernadores, alcaldes, personeros, JAL, etc. La implementación del nuevo modelo en salud se llevó a cabo con base en los ánimos políticos, sin tener en cuenta la capacidad técnica y financiera para dar cumplimiento al acceso universal al servicio de salud con calidad a la población colombiana. El poder se empezó a cimentar después en las alianzas entre los políticos y las EPS, con las que se negocia la prestación del servicio.

Estas prestan el servicio de salud a grandes costos para los pacientes en sus IPS, que cancelan las autoridades dirigentes con base en la capacidad de las IPS para prestar el servicio, lo cual perjudica al paciente que no recibe el servicio adecuado y de calidad. Aquellos más perjudicados por esta situación son los que habitan en las zonas rurales y dispersas. Esta dinámica que se desenvuelve en la realidad es posible por el lugar y poder que se le establece a cada agente dentro la Ley 100 y después se perpetúa con la PNTHS. En

esa pirámide del poder, son las IPS quienes gozan legalmente de establecer sus condiciones sin que el Estado pueda intervenir significativamente.

En cuanto a las acciones del prestador del servicio sobre el personal sanitario, el nivel de agencia de cada uno es diferente. El primero es el empleador y el segundo, el empleado, en cuya relación existe tensión a causa de los diferentes tipos de vinculación, como contratos a término fijo, tercerizados y pago por procedimientos. Lo anterior da poca oportunidad de desarrollo del personal sanitario y resulta en discriminación salarial.

4.2. Textos secundarios

Esta sección se dedicará al marco normativo entre 1991 y el 2021 que involucre al talento humano en salud. Se seguirá la misma estructura de la sección anterior, a saber, la división en mercados de cada subsección para determinar cómo se caracterizan los agentes dentro de ellos y se producen relaciones de exclusión, discriminación y abuso de poder. El objetivo es dar respuesta a cómo el marco normativo da autonomía a los mercados laboral, educativo y de servicios para que determinen: 1) a quién y cómo contratar; 2) cómo educar a los estudiantes de las áreas del talento humano en salud; 3) cómo prestar un servicio de salud.

4.2.1. Mercado laboral

La Constitución Política de Colombia de 1991 caracteriza al agente Estado como el ente máximo que debe dar cumplimiento a todo lo concerniente a la seguridad social para la población colombiana. Hace alusión a que “La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley” (art. 48).

La población colombiana está caracterizada por la constitución como aquellos agentes a los cuales van dirigidos los beneficios de la seguridad social, entre los cuales están garantizar a la población el derecho a la salud, el cual es irrenunciable y cuya cobertura será progresiva con la intervención de particulares y la prestación del servicio por parte de entidades públicas y privadas. De igual manera, los recursos destinados para ella no se podrán destinar para otros fines (art. 48) y sus acciones se deben cumplir para lograr un interés social.

Además, es importante identificar al agente empleador, caracterizado por las personas dueñas de las instituciones de prestación de servicio tanto públicas como privadas. La Constitución establece que se debe tramitar un estatuto del trabajo y que la correspondiente ley debe contemplar por lo menos unos principios mínimos y fundamentales, como la igualdad y remuneración a igual trabajo, la estabilidad laboral e irrenunciabilidad a beneficios mínimos laborales, y la posibilidad de exigir sus derechos y conciliar con ellos.

También estos empleadores deben garantizar la seguridad social, la capacitación, el adiestramiento, el descanso, y la protección a la mujer, la maternidad y el menor de edad trabajador. Así mismo, se señala que, con los contratos, convenios, acuerdos etc., que establezca, la ley no puede perjudicar la libertad, los derechos y la dignidad humana de los trabajadores (art. 53). Cita que es obligación del Estado y de los empleadores brindar una formación y legitimación profesional y técnica a quienes lo requieran, y de brindarles una ubicación acorde, lo que incluye también a las personas en estado de discapacidad (art. 54).

De otro lado, la Constitución caracteriza al empleado público como la persona que trabaja con el Estado. Este tipo de empleado no puede desempeñar simultáneamente más de un empleo público ni recibir más de una retribución del tesoro público como el de la nación, las entidades territoriales y las descentralizadas, o de empresas o instituciones donde el Estado es el mayor accionista, salvo en los casos que contemple la ley (art. 128). La Constitución da paso a la creación de la Ley 100 de 1993. Sobre esta ley analicé cómo le dio cumplimiento a lo señalado por la Constitución respecto a los “Deberes de los Empleadores como parte del Sistema Social de Salud”.

En ese parágrafo se señala que el agente empleador deberá inscribir en una EPS a su personal vinculado temporal o permanente de forma verbal o escrita y que este personal debe escoger su EPS. Con los aportes de las dos partes y los pagos correspondientes se contribuye al financiamiento del sistema (art.1 61).

Entonces el rol del Estado frente a la financiación de la prestación del servicio para todos los colombianos no es total. Este, valiéndose de su jerarquía y autoridad, abusa de su poder para imponer que estos externos financien en parte el sistema, trasladando a ellos su obligación con la población desfavorecida.

En la Ley 100 se establece que, para estimular el eficaz desempeño de los trabajadores y profesionales sanitarios y para favorecer su ubicación en las regiones más

necesitadas, el gobierno creará un sistema de estímulos salariales y no salariales, que no constituirán salario, además de educación continuada y créditos para vivienda, equipos y transporte. El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud determinó las zonas en las cuales se aplicó lo dispuesto en el presente artículo (art. 193). Está a cargo del Estado determinar para los empleados públicos de la salud del orden territorial un régimen salarial especial y un programa gradual de nivelación de salarios entre las diferentes entidades, que contará con una denominación y estructura de empleos para niveles administrativos y los que considere el gobierno.

Dicha nivelación dice que se realizará una sola vez sin perjuicio artículo 6 de la Ley 60 de 1993 y se debió cumplir en las vigencias fiscales de 1995 a 1998. De igual manera, debió considerarse la equidad regional y el especial estímulo que requieran los empleados públicos que presten sus servicios en zonas marginadas y rurales; anota que las entidades promotoras de salud y las instituciones prestadoras de salud podrán establecer con el personal sanitario a nivel grupal o individual la contratación por capitación y de esta manera incentivar la calidad de la prestación de los servicios de salud con eficiencia. Las anteriores nivelaciones dispuestas en esa vigencia, según lo expresado en la PNTH, no se cumplieron totalmente y estaban encomendadas al Estado.

En cuanto al desaparecido Instituto de Seguros Sociales, determinó que este podría crear un sistema de prima de productividad para los trabajadores del talento humano en salud asalariados, teniendo en cuenta su rendimiento y el institucional, y se aclaró que este no constituirá salario. También estableció que las IPS privadas tendrán la facultad de establecer sus programas de incentivos a nivel individual o institucional. Definió que la modalidad de aplicación de dichos estímulos estará a cargo del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (art. 193, par. 2, 3 y 4).

Según lo anterior, esta ley estableció estímulos para el personal sanitario a nivel público y privado, pero, como se observa en los antecedentes de la PNTHS, la entrega de estímulos no se ha dado adecuadamente, especialmente por las IPS privadas. De esta forma, se manifiesta la discriminación y el abuso de poder por parte del empleador hacia el empleado, lo cual puede ocasionar tensión tanto entre estos dos agentes, que puede traducirse en conflictos, como entre sus compañeros en relación con que unos tienen contrato a término indefinido y otros a término definido.

Después de que la Ley 100 de 1993 otorgó la prestación del servicio público de la salud tanto a los agentes públicos y privados, como al mercado laboral y educativo, se evidencia que el Estado cedió su autoridad y control sobre el Sistema de Seguridad Social y educativo en el país. Con esta dinámica se favorece la circulación del poder por parte del Estado y los empleadores, a pesar de que en la citada ley se repite que brindará beneficios a los empleados y usuarios.

No obstante, identifiqué que la Constitución de 1991 señaló las directrices que debía observar la Ley 100 para dar cumplimiento al nuevo Sistema de la Seguridad Social como un bien público bajo los paradigmas de igualdad, universalidad y equidad, pero la citada ley facilitó a los agentes poderosos como el Estado y los empleadores acomodar, interpretar y aplicar la norma según sus propios intereses en aras de su autonomía, descentralización y autorregulación, abusando de su poder para imponer sus reglas, para este caso en el mercado laboral.

En el análisis de este mercado, y en consonancia a lo acotado en la PNTHS, dicha ley favoreció que algunos agentes como los empleadores contrataran por iguales tareas al personal del talento humano en salud, unos con contratos a término indefinido y otros a término fijo, reflejando en los últimos exclusión y discriminación que los colocan en posiciones desventajosas, perjudiciales y de inferioridad frente a los primeros e incluso discriminando a algunos profesionales no médicos en aspectos salariales y de reconocimiento.

Así las cosas, se devela cómo este marco normativo centrado en la autonomía, descentralización y autorregulación estableció discursivamente lo que sucedería en los siguientes treinta años, y su funcionamiento en torno a la circulación del poder entre los agentes poderosos, facilitando sus beneficios económicos y acciones en detrimento de los agentes sin poder, como el personal sanitario, tanto en sus roles como en su estabilidad laboral. Lo anterior ocasiona situaciones de tensión entre los diferentes agentes, dificultades en su relacionamiento que ocasionan conflictos.

Posteriormente, con el advenimiento de la Ley Estatutaria 1751 del 2015, en el "Artículo 16. Procedimiento de resolución de conflictos por parte de los profesionales de la salud", se hace referencia a los conflictos o diferencias en cuanto al diagnóstico o acción de tratamiento como respuesta a la atención del paciente, determinando que sean dirimidos por

las juntas médicas de las IPS o de las redes, según los soportes científicos y procedimientos que señale la ley.

La Ley Estatutaria 1751 del 2015 habla del conflicto de los profesionales de la salud solo desde el punto de vista de la atención terapéutica al paciente. En cuanto a la autonomía de los profesionales y trabajadores de la salud, el "Artículo 17. Autonomía profesional" señala que la autonomía de los profesionales de la salud está garantizada para la toma de decisiones, el diagnóstico y el tratamiento de los pacientes a cargo. Esta es ejercida según la evidencia científica, racionalidad, ética y autorregulación. Se prohíbe la presión al ejercicio de la autónomo profesional y el otorgamiento de prebendas.

El "Artículo 18. Respeto a la dignidad de los profesionales y trabajadores de la salud" hace referencia a que "Los trabajadores, y en general el talento humano en salud, estarán amparados por condiciones laborales justas y dignas, con estabilidad y facilidades para incrementar sus conocimientos, según las necesidades institucionales".

Detrás de estas reformas políticas hay una serie de relaciones de poder y saber que han sido articuladas en un discurso común. Han sido promovidas para responder a las demandas populares de justicia social y democratización política, pero especialmente con el fin de adaptar el sector salud a los nuevos imperativos de modernización económica y política de las naciones latinoamericanas, para hacerlo más eficientes frente a las agencias competitivas del modelo de desarrollo económico dominante y garantizar el pago de la deuda externa (Hernández y Vega, 2001, p. 69).

4.2.2. Mercado educativo

A continuación, expondré el análisis de la normatividad considerando las políticas y los lineamientos vigentes que se relacionan con el desarrollo de los procesos de las prácticas formativas de los programas académicos de las áreas de la salud en los escenarios de práctica o clínicos. Así las cosas, la Constitución Política de 1991 caracteriza la educación como un bien social al que tienen derecho los colombianos y la establece como un servicio público que permite el acceso a los bienes y valores culturales, al conocimiento, la ciencia y la técnica.

La educación también tiene a cargo la formación de los colombianos tanto en un marco del respeto a los derechos humanos, la paz y la democracia, como en la práctica del

trabajo y la recreación, que facilite el mejoramiento cultural, científico, tecnológico y la protección del medio ambiente.

Se establece que la educación debe ser gratuita en las entidades del Estado, el cual se caracteriza como el agente rector encargado tanto de regular, inspeccionar y vigilar la educación en aras de su calidad, el cumplimiento de sus fines, y la mejor formación moral, intelectual y física de los estudiantes, como de garantizar el adecuado cubrimiento del servicio y asegurar a los educandos su ingreso y mantenimiento en el sistema educativo.

El Estado y las entidades territoriales harán parte de la financiación, dirección y administración de la educación de los colombianos según lo que señale la Constitución y la ley (art. 67). De esta manera, el Estado a través de la ley expresa las acciones a las cuales tiene que dar cumplimiento según lo ordenado por la Constitución Política de Colombia.

La Constitución también garantiza la autonomía universitaria. Estas instituciones tendrán sus directivas y propios estatutos mediante los cuales se regirán según la ley. Se caracteriza a las universidades como agentes autónomos, con sus propias dinámicas, y se otorga un régimen especial para las universidades públicas. La nación establecerá mecanismos financieros para facilitar el acceso de la población apta para la educación superior y fortalecerá la investigación en las universidades privadas y públicas con condiciones adecuadas para su desarrollo (art. 69).

El Estado está encargado de adelantar el acceso a la cultura de toda la población en igualdad de condiciones a través de la educación permanente, y la instrucción científica, técnica, artística y profesional, teniendo en cuenta las fases del proceso de creación de la identidad nacional. También la cultura se manifiesta de diferentes maneras y es un fundamento de la nacionalidad. Esta reconoce la igualdad y dignidad de la población que convive en la nación, y deberá promover y divulgar los valores culturales, la ciencia y la investigación (art. 70).

Conforme a lo anterior, la Constitución de 1991 concibió aspectos sociales muy importantes para los colombianos en los sectores laborales, de educación y salud. Sin embargo, al ser puesto en las diferentes leyes y otras normas, el mandato constitucional no tuvo la interpretación más acertada, y entre líneas trajo perjuicios a la población más vulnerable y benefició a los más poderosos otorgándoles autonomía dentro la dinámica de sus mercados.

El abuso de poder se observó por parte de algunas instituciones educativas que se extralimitaron en el ejercicio de la autonomía otorgada por la Ley 100, y según sus intereses soportados en lo descrito en la PNTH. Por ejemplo, algunas se desbordaron en la creación de nuevos programas académicos para el THS, sin medir las oportunidad laboral y la competencia con otros que ya existían, lo que trajo consigo desempleo para el personal sanitario y asignaciones salariales bajas en relación, por ejemplo, con el programa de Medicina.

La Constitución caracteriza al Estado como el agente que debe vigilar, regular e inspeccionar la educación, y la Universidad como el agente que está a cargo de la educación superior en forma autónoma dentro de su propia dinámica en igualdad de condiciones para la población, sea pública o privada. Ella hace referencia a la creación de las leyes que deben hacer cumplir sus preceptos. A continuación, haré referencia a la Ley 30 de 1992, mediante la cual se organiza el servicio público de la educación superior, en su capítulo VI sobre la autonomía de las instituciones de educación superior. Consagrada en la Constitución Política de Colombia, distingue a las universidades con derechos para generar sus propias dinámicas administrativas, jurídicas y académicas.

Así mismo, también adelanta sus actividades formativas, docentes, culturales, científicas, otorga los títulos correspondientes y tiene sus propias estructuras preestablecidas para funcionar y utilizar para cumplir con su misión social e institucional (art. 28). De esta manera, se caracteriza a las instituciones educativas como las encargadas de prestar los servicios de educación según su naturaleza y autonomía y a los profesores las personas encargadas de impartir la educación a los estudiantes.

Para ser profesor nombrado en una universidad estatal u oficial, se requiere del título profesional y su ingreso se hace mediante concurso público de méritos; existen casos eximidos del título según el reglamento del Consejo Superior Universitario (art. 70). Los profesores podrán tener dedicación exclusiva tanto de tiempo completo, como de medio tiempo y de cátedra. Un profesor de tiempo completo a la universidad tendrá una dedicación de cuarenta horas laborales semanales (art. 71).

> Los profesores de cátedra no son empleados públicos ni trabajadores oficiales; son contratistas y su vinculación a la entidad se hará mediante contrato de prestación de servicios, el cual se celebrará por periodos académicos. Los contratos a que se

> refiere este artículo no estarán sujetos a formalidades distintas a las que se acostumbran entre particulares. (art. 73)

Esta autonomía abre las posibilidades para que se presente el abuso de poder, la exclusión y la discriminación. Por ejemplo, respecto a la contratación de profesores, puede suceder que haya muy pocos de planta y muchos de cátedra por periodos incluso menores al periodo académico. De esta manera, esta norma le da autonomía al mercado educativo para que determine: 1) a quién y cómo contratar; 2) cómo educar a los estudiantes de las áreas del talento humano en salud; 3) cómo prestar un servicio de educación.

No obstante, el funcionamiento de la educación se da bajo el paraguas del poder que circula entre los agentes más fuertes, Estado y universidad, quienes actúan según sus interés, sin contar con un sistema regulatorio sólido que pueda controlar dichas acciones para que sean equitativas para algunos agentes. Este puede ser el caso de alumnos que acceden a los programas ofertados sin el previo estudio de los aspectos laborales y profesores en el estado referido sobre la contratación por cátedra, que manifiesta la exclusión en relación con los contratos de sus colegas de tiempo completo o medio tiempo y la discriminación sobre los beneficios de los primeros en relación con los segundos.

De otro lado, la Ley 100 de 1993 crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. En su artículo 247 manifiesta que los convenios docente-asistenciales para realizar prácticas formativas en el área de la salud se deben presentar al Ministerio de Educación Nacional con concepto favorable del Consejo Nacional para el Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud cuando se notifique la creación de los programas. La oferta por parte de la instituciones educativas de programas académicos de las áreas de la salud de pregrado y posgrado que requieran formación en un espacio asistencial deberán tener su propio centro de salud o, en su defecto, suscribir convenios docencia-servicio con IPS que cuenten con los tres niveles de atención, según la complejidad del programa. Allí se deben consignar las responsabilidades de cada una de las partes. Los cupos de matrícula de dichos programas deben asignarse según la capacidad de la IPS.

Dicha ley caracteriza a las instituciones educativas como las proveedoras de los programas académicos de la salud y a los escenarios de práctica, los sitios con un espacio asistencial que requieren los estudiantes para su formación. Tanto el primero como el

segundo gozan de autonomía y atienden a sus propias dinámicas, y pueden vincularse mediante la suscripción de un convenio docencia-servicio.

La relación entre las dos instituciones puede ser tensa, puesto que cada una tiene intereses diferentes. Así mismo, los estudiantes están matriculados en la institución educativa, pero su formación práctica la realizan en el escenario clínico de práctica, por lo cual quedan en medio de dos agentes que por su autoridad y autonomía pueden abusar de su poder: la universidad tiene el interés de recibir el pago de la matrícula por parte del estudiante y proponer la educación que considere para él, quien atiende a su reglamentación; y la IPS tiene el interés de prestar el servicio de salud con mínimo costo y máxima ganancia, y es allí donde el estudiante debe alinearse con el personal sanitario apoyando actividades que, por ejemplo, pueden exceder las horas programadas, de no hacerlo pueden perder la rotación.

En otras ocasiones, según los procedimientos programados, especialmente los quirúrgicos, se excluye a los estudiantes de programas no médicos para aplicar a la presencialidad, por ejemplo, en salas de cirugía y unidades de cuidado intensivo. A este mismo personal se le excluye del reconocimiento en el equipo de trabajo, otorgándosele solo al cuerpo médico. De esta manera, vemos que una ley tras otra guarda la misma línea y de una u otra manera entre líneas reafirma su propia interpretación y acción sobre la norma.

Es interesante advertir que las especializaciones médico-quirúrgicas, según la Ley 100 de 1993, tendrán una equivalencia a maestría (art. 247), lo cual se implementó sin haber tenido en cuenta a los otros profesionales del talento humano en salud para dicha equivalencia. Esto propicia una gran tensión en el relacionamiento de los agentes médicos y los otros profesionales, puesto que se percibe el abuso de poder por parte del gobierno para otorgar beneficios a unos, excluyendo de dicha posibilidad a los otros profesionales del talento humano en salud.

Las posiciones privilegiadas para determinados grupos se observan en las diferentes leyes que he venido analizando, las cuales generan condición de desigualdad, desventaja o exclusión hacia los otros profesionales del talento humano en salud no médicos, por ejemplo, con el otorgamiento de becas crédito condonables mediante Icetex, las cuales benefician solo a los médicos, a los que les han asignado una posición privilegiada. Así las cosas, los profesionales de la salud de las diferentes especialidades que estén recibiendo entrenamiento a través de los convenios docencia-servicio, que impliquen prestación de los servicios de

salud, serán beneficiados por becas-crédito no menores a dos salarios mínimos legales vigentes mensuales y serán condonables. Esta financiación estará a cargo del Ministerio de Salud y el Icetex según la reglamentación que expida el gobierno (art. 193, par. 1).

La Ley 1164 del 2007, por la cual se dictan disposiciones en materia del talento humano, me permitió hilar delgado en las acciones que vienen desde la institución educativa a los centros de práctica para encontrar las directrices que guían el poder, quienes lo tienen y el nivel de agencia de cada uno; observé que estos agentes ya en su relacionamiento pueden tener conflictos teniendo en cuenta los interés de cada uno. Así las cosas, la ley cita en su artículo primero que caracteriza como talento humano en salud a todo el personal que actúa en la educación, información de la salud, promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad de todos los colombianos en la geografía nacional, teniendo en cuenta la dinámica propia de la prestación de los servicios de salud.

En su capítulo III, artículo 13, caracteriza a la formación del talento humano en salud como aquella que imparten las instituciones mediante los programas de salud que buscan el desarrollo de los perfiles y las competencias que requiere la población colombiana. Estos programas requieren realizar prácticas formativas en servicios asistenciales, para lo cual necesitan de escenarios de práctica dentro del marco de la relación docencia-servicio, la cual es de largo plazo e integra las actividades asistenciales, académicas, docentes y de investigación.

Los programas académicos son aprobados previo concepto de la evaluación de las prácticas formativas señaladas en la relación docencia-servicio que lleva a cabo el Consejo Nacional del Talento Humano en Salud. El proceso de revisión del modelo de evaluación de la relación docencia-servicio se efectúa de manera integrada mediante la verificación de las condiciones mínimas de calidad por parte del Ministerio de Educación Nacional. En el parágrafo 1.º del mismo artículo, se señala que los programas de la salud se deben desarrollar en las IPS-escenario de práctica aprobados para tal efecto, porque así se garantiza la adquisición de las competencias para cada disciplina de la salud, y de conocimientos, destrezas, habilidades, actitudes y aptitudes requeridos por los estudiantes en cada disciplina.

Así mismo, el artículo 14 contempla que los criterios de calidad, desarrollados en el modelo de evaluación de las prácticas formativas, incluidos para estos efectos los hospitales universitarios, se integrarán a las normas, los procesos y los procedimientos establecidos por

el Ministerio de Educación sobre los criterios de calidad para el registro calificado de los programas de formación en el área de la salud.

En este orden de ideas, los agentes identificados son las instituciones educativas, los escenarios de práctica (clínicas y hospitales) y el Ministerio de Educación (ente gubernamental). Esta norma que dicta disposiciones en materia de talento humano en salud no caracteriza al agente estudiante, lo excluye de la construcción de las competencias, el perfil y la necesidad de tener un escenario de práctica. Tanto la institución educativa como la IPS hablan desde sus propios intereses, especialmente la primera, que requiere obtener un registro calificado para poder ofertar su programa de las áreas de la salud.

Así las cosas, y en relación con mi argumento, hay abuso de poder por parte de ellas; este poder está por encima de la opinión de sus estudiantes ya que su postura no es tenida en cuenta, lo cual refleja una desigualdad y exclusión de un agente que puede aportar objetivamente a la construcción y el desarrollo de su programa. De otro lado, la Ley 1188 del 2008, por la cual se regula el registro calificado de programas de educación superior y se dictan otras disposiciones, se relaciona con la anterior norma, puesto que en su artículo 1.º señala que para ofertar un programa de educación superior que no se encuentre acreditado se requiere del registro calificado.

Este es un instrumento con el que cuenta el Sistema de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior, mediante el cual el Estado puede comprobar las condiciones de calidad de las instituciones de educación superior y el Ministerio de Educación Nacional tiene la competencia de otorgarlo a través de un acto administrativo y de autorizar su registro en el Sistema Nacional de Información de la Educación Superior (SNIES). Cumplidas las acciones necesarias, quedan registrados los programas que son ofertados por la institución educativa.

Posteriormente, la Ley 1438 del 2011, por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones, en su artículo 99 establece que los programas que requieran adelantar prácticas formativas en servicios asistenciales deberán contar con escenarios de prácticas conformados en el marco de la relación docencia-servicio. Esta última se sustentará en un proyecto educativo de largo plazo compartido entre una institución educativa y una entidad prestadora de servicios, que integrará las actividades asistenciales, académicas, docentes y de investigación.

En el artículo 101 establece que los programas de formación en el área de la salud serán aprobados considerando criterios de calidad, pertinencia de estos, y evaluación de la relación docencia-servicio y de los escenarios de práctica según los estándares y procedimientos que definan los Ministerios de Salud y Protección Social y de Educación Nacional, los cuales harán parte integral del Sistema de Aseguramiento de la Calidad de la Educación. Dichos estándares son establecidos por los Ministerios de Educación y de Salud y Protección Social, Comisión Intersectorial del Talento Humano en Salud. Estos están relacionados con la vocación del escenario de práctica para la docencia, el recurso humano docente-asistencial competente para impartir la docencia, los espacios para el desarrollo de la práctica formativa, los salones, las herramientas tecnológicas y la capacidad instalada-cupos en escenario de práctica suficientes para la adquisición de la competencias requeridas por los estudiantes en cada programa.|

Así las cosas, en este hilar delgado de normas interrelacionadas y particularmente direccionadas a privilegiar con poder a algunos agentes, en conclusión, lo relacionado con los estándares a cumplir en los escenarios de práctica es determinado en conjunto por los ministerios, las instituciones educativas y las prestadoras de servicios de salud, y queda nula la opinión de los estudiantes y los usuarios o pacientes como agentes validos en el proceso de formación del talento humano en salud.

La Ley Estatutaria 1751 del 2015, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones, motiva la Política de Atención Integral en Salud. El “Artículo 21. Divulgación de información sobre progresos científicos” señala que el Estado divulgará los principales avances en el campo de la salud en tecnologías costo-efectivas, y en mejorar a las prácticas clínicas y las rutas críticas. De otro lado, el “Artículo 22. Política de innovación, ciencia y tecnología en salud” establece que el Estado deberá determinar una política de innovación, ciencia y tecnológica en salud encaminada a la investigación y generación de nuevos conocimientos en salud, que favorezcan la calidad del servicio y la calidad de vida de la población colombiana.

De otro lado, se reglamenta el Sistema de Residencias Médicas en Colombia, su mecanismo de financiación y se dictan otras disposiciones mediante la Ley 1917 del 2018. En su “Artículo 1. Objetivo crear el Sistema Nacional de Residencias Médicas en Colombia que permita garantizar las condiciones adecuadas para la formación académica y práctica de

los profesionales de la medicina que cursan programas académicos de especialización médico quirúrgicas como apoyo al Sistema General de Seguridad Social en Salud", esta obliga a un mecanismo de financiación y establece medidas de fortalecimiento para los escenarios de práctica del área de la salud.

Su ámbito de aplicación, según el artículo 2, son las IPS que actúan como escenario de prácticas formativas y las IES que posean programas académicos de especializaciones médico-quirúrgicas autorizados, de nivel nacional, departamental, distrital y municipal. Dicha norma reconoce económicamente por parte del Estado la labor del residente y articula para su gestión a la institución educativa y a la institución prestadora de servicios de salud. Según los artículos citados, se hace evidente la exclusión, la discriminación y el abuso del poder por parte del gobierno al no reconocer económicamente la labor de los estudiantes de las áreas del talento humano en salud no médica. Esta situación afecta la relación entre residentes médicos y no médicos por la frustración resultante de la falta de reconocimiento en igualdad de condiciones.

De otro lado, ha sido muy importante el reconocimiento y la creación de la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud mediante el Decreto 2006 del 2008, modificado por el Decreto 1298 del 2018. En su artículo 2 señala que estará conformada tanto por los ministros o viceministros delegados del Ministerio de Educación y del Ministerio de Salud y Protección Social, como por el viceministro técnico de Protección Social, quienes podrán invitar a sus sesiones a las instituciones relacionadas con la formación, el ejercicio y el desempeño del THS.

En el artículo 3, establece entre las funciones definir el modelo de evaluación de la calidad para los escenarios de prácticas formativas en la relación docencia-servicio a que se refieren los artículos 13 y 30 de la Ley 1164 del 2007, modificados por los artículos 99 y 101 de la Ley 1438 del 2011, respectivamente, o las normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan. Igualmente, se encarga de coordinar y orientar las funciones de carácter público en referencia a la formación en el área de la salud en lo relacionado con la educación superior y la educación para el trabajo y desarrollo humano, donde se requieren las acciones de los dos ministerios.

También aprueba los nuevos registros calificados y la renovación de estos previo aval de la Sala de Salud y Bienestar (Conaces), y se ocupa de reconocer como hospital

universitario a las instituciones prestadoras de servicios de salud cuando cumplan los requisitos establecidos en el artículo 100 de la Ley 1438 del 2011 o norma correspondiente. Para dicho reconocimiento, la institución prestadora de servicios de salud adelantará el procedimiento a que refiere el artículo 2.7.1.1.21. del Decreto 780 del 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.

Así las cosas, vemos que el Estado ha articulado las diferentes normas con ordenes jerárquicos muy importantes, como lo observado en el anterior decreto respecto a la conformación de la Comisión Intersectorial del THS, que corresponde a los funcionarios o agentes de altos cargos, y se deja de lado a los agentes estudiantes y profesionales de las áreas de la salud. Esto puede causar tensión durante el desarrollo de dichos registros calificados puesto que no han hecho parte de dicha aprobación y solo se ha dado el poder de aprobación a las altas instancias gubernamentales.

Según el ACD, el poder tiene similitud con las consecuencias de las diferencias sociales, para el caso de la presente tesis, son los estamentos jerárquicos gubernamentales los que ponen las diferencias: “El poder no deriva del lenguaje, pero el lenguaje puede utilizarse para plantear desafíos al poder, para subvertirlo, para alterar las distribuciones de poder a corto y a largo plazo” (Wodak y Meyer, 2003, p. 31).

Por otra parte, están el Decreto 1075 del 2015, por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Educación, el cual incluye el Decreto 1330 del 2019. En su capítulo 7 del título 3 de la parte 5 del libro 2, el Decreto 1330 del 2019 contempla la evaluación de la relación docencia-servicio dentro de la condición de calidad organización de las actividades académicas. En ella, se establece que

> […] los programas del área de ciencias de la salud deben prever las prácticas formativas, supervisadas por profesores responsables de ellas y disponer de los escenarios apropiados para su realización, y estarán sujetos a lo dispuesto en este Capítulo en concordancia con la Ley 1164 de 2007, el modelo de evaluación de la relación docencia servicio y demás normas vigentes sobre la materia.

El artículo 2.5.3.2.3.2.4. hace referencia al diseño de los contenidos curriculares según el programa, la modalidad, pudiendo ser esta presencial, virtual, a distancia, dual o la combinación de los anteriores, los niveles de formación, la naturaleza jurídica y el tipo de identidad institucional. Para tal efecto, se debe contar con componentes formativos, que hacen referencia al plan general de estudios que deberá estar soportado en los créditos

académicos según el resultado esperado de aprendizaje planeado en su formación integral, acciones académicas que representen las modalidades de flexibilización curricular, y los perfiles de egreso, alineados con destrezas del ámbito internacional, nacional y local encaminadas al logro de capacidades para aprender a aprender.

Por su lado, los componentes pedagógicos se integran según la modalidad del programa y hacen referencia a la orientación e innovación pedagógica de la institución educativa. De igual manera, se debe contar con los componentes de interacción con agentes externos locales, de la región y globales en beneficio tanto de la armonización del programa, como del buen relacionamiento entre estudiantes y profesores. De otro lado, se debe buscar la internacionalización del currículo y el desarrollo de una nueva lengua extranjera. En relación con la conceptualización teórica y epistemológica del programa, se deben referenciar los fundamentos teóricos, la descripción del objeto de estudio y sus formas de conocimiento.

De otro lado, en su "Artículo 2.5.3.2.6.5. Especialidades médico-quirúrgicas" hace referencia a los programas que facultan al médico a ahondar en un área del conocimiento de la medicina para adquirir conocimientos, y desarrollar actitudes, habilidades y destrezas avanzadas para prestar el servicio de salud a los pacientes o usuarios en cualquier etapa de su ciclo vital frente a enfermedades de los diferentes sistemas que requieren atención especializada. En este nivel de formación, los procesos de formación son teórico-prácticos, lo cual incluye cumplir un tiempo de servicio en los escenarios de práctica asistenciales, con exposición a un número de casos apropiados que aseguren el logro de los resultados que requiere el programa de especialización. La persona en formación deberá tener el seguimiento y acompañamiento requerido para el logro de las competencias esperadas.

Así las cosas, vemos que la norma ha dado el poder al mercado educativo-autoridades educativas a cargo de los programas académicos para orientar sobre el conocimiento que se debe adquirir, el nivel de categoría y la regulación. Está a cargo de ellos la aplicación adecuada de la norma. El rol y la participación de los agentes estudiantes, docentes y usuarios frente al tema educativo no se evidencia, lo que los excluye y discrimina como parte activa del sistema de salud. Según el ACD, "El lenguaje constituye un medio finamente articulado para las diferencias de poder existentes en las estructuras sociales jerárquicas" (Wodak y Meyer, 2003, p. 31). De igual manera, las formas lingüísticas que no han sido obligadas a

ponerse al servicio de la expresión del poder a través de la metáfora sintáctica o textual en algún momento son muy pocas (Wodak y Meyer, 2003, p. 31).

Dentro de este contexto, el Decreto 780 del 2016, por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, incorpora el Decreto 2376 del 2010 y el Decreto 55 del 2015. En su artículo 2.7.1.1.6. establece que los programas de educación superior del área de la salud requieren, para su aprobación, concepto previo favorable respecto de la relación docencia-servicio emitido por la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud.

Este concepto involucra la evaluación de las condiciones de los escenarios donde se desarrollarán las prácticas formativas, los convenios marco de dicha relación y los planes de formación acordados entre las instituciones que conforman la relación docencia-servicio. En el artículo 2.7.1.1.18. establece los requisitos para los escenarios de práctica. Así las cosas, el Decreto 2376 del 2010 (compilado en el Decreto 780 del 2016), en su capítulo I, artículo 1.º, señala que su objeto es regular todos los aspectos atinentes a la relación docencia-servicio en los programas académicos del área de la salud sin interesar el grado de propiedad que tengan las instituciones educativas sobre los escenarios de práctica o esencia jurídica de los participantes.

De igual manera, se rige por este Decreto y por la reglamentación que expida la Comisión Intersectorial del Talento Humano en Salud la relación docencia-servicio de los programas de Educación para el Trabajo y Desarrollo Humano. El artículo 2 hace referencia a las siguientes definiciones:

> **Relación docencia - servicio:** Vínculo funcional que se establece entre instituciones educativas y otras organizaciones, con el propósito de formar talento humano en salud o entre instituciones educativas cuando por lo menos una de ellas disponga de escenarios de práctica en salud.

Dicho vínculo obedece a una planificación académica de investigación y administrativa a largo plazo acordado entre las partes.

> **Práctica formativa en salud:** Estrategia pedagógica planificada y organizada desde una institución educativa que busca integrar la formación académica con la prestación de servicios de salud, con el propósito de fortalecer y generar competencias, capacidades y nuevos conocimientos en los estudiantes y docentes de los programas de formación en salud.

Las prácticas formativas deben promover tanto la calidad en la atención, como un ejercicio profesional autónomo responsable y ético de la profesión. Estas se llevan a cabo en los escenarios de práctica del área de la salud, pudiendo ser institucionales y comunitarios, que presten servicios integrales de salud a la comunidad. Pueden darse otros escenarios diferentes al sector salud según los términos de la Ley 1164 del 2007. En cuanto a los cupos en el escenario de práctica, este hace referencia al número de estudiantes que pueden adelantar la práctica formativa en simultánea en un escenario de práctica, certificando la calidad en los procesos formativos de los estudiantes y en la prestación del servicio adecuados.

El "**Convenio docencia-servicio:** Es el acuerdo de voluntades suscrito entre las instituciones participantes en la relación docencia-servicio, frente a las condiciones, compromisos y responsabilidades de cada una de las partes, formalizadas en un documento". El convenio se reemplaza por un documento que defina los lineamientos de la relación docencia-servicio cuando existe integración de propiedad entre la institución educativa y el escenario de práctica. En cuanto al plan de mejoramiento, este hace referencia a las actividades que permitan corregir las falencias de la relación docencia-servicio según las directrices de la Comisión Intersectorial del Talento Humano en Salud.

El "Artículo 3. Principios de la relación docencia-servicio" señala que esta se regirá tanto por los principios estipulados en la Constitución Política, como por las normas de educación y salud vigentes, de igual manera por: 1) "La Preeminencia del interés social", el cual debe ser el eje más importante en la orientación y la construcción de las prácticas formativas, su desarrollo y evaluación; 2) autorregulación, que hace referencia a las metodologías que se utilizan para realizar los procesos y controlarlos, de manera que se asegure el cumplimento de este decreto; 3) en cuanto a los derechos de los usuarios, se debe garantizar que las prácticas formativas no afecten la prestación del servicio con calidad y seguridad, por tal motivo todas las actividades asistenciales ejecutadas por los estudiantes deben estar supervisadas por los docentes o prestadores del servicio conforme al sistema de garantía de la calidad del sistema de seguridad social en salud; 4) la calidad de la relación docencia-servicio se realizará según las normas del sector salud y educación para asegurar su calidad; 5) ahora bien en cuanto a la planificación de dicha relación, debe existir un programa integral a largo plazo con metas, seguimiento y resultados claros de prestación del

servicio, formación, investigación y extensión a largo plazo; finalmente, 6) cada institución involucrada actuará según el marco de su autonomía.

Con respecto a los objetivos de la relación docencia-servicio, según el artículo 4, se pretende que la alianza entre la institución educativa y la prestadora de servicios de salud u otras que estén a cargo de la prestación del servicio integral de la población, perdure y sus planes sean a largo plazo. Esto favorecería el mejoramiento del escenario de práctica compartiendo principios, objetivos y esquemas planificados, lo cual busca formar talento humano en salud con alto sentido ético, competencias y compromiso social. Los Ministerios de Educación y Protección Social definirán las políticas orientadoras de la relación docencia-servicio y sobre el tema el Consejo Nacional del Talento Humano en Salud serán los asesores ante el gobierno.

Es importante tener en cuenta que para que un programa de educación superior del área de la salud se apruebe, debe tener el concepto previo favorable de la relación docencia-servicio (r-d-s) emitido por la Comisión Intersectorial del Talento Humano en Salud. Así las cosas, esta evalúa las condiciones donde se van a realizar las prácticas formativas, los planes de práctica formativa acordados, y el convenio docencia-servicio de esa relación. Pueden participar en la r-d-s para la formación de los programas del área de la salud las instituciones de educación superior, las de formación para el trabajo y desarrollo humano, las de prestación de servicios de salud, las aseguradoras de servicios de salud, las de servicios o investigación afines con las áreas de formación en salud en las que se consideren adecuadas las prácticas formativas, y las instituciones u organizaciones con necesidades de formación del talento humano en salud según sus misiones.

El artículo 9 señala que la duración mínima de los convenios docencia-servicio suscritos no puede ser menor a diez años y que se deben prever las formas de culminación de las prácticas formativas cuando se decida terminar dicho convenio respecto a las prácticas ingresadas en su vigencia. Por su lado, el artículo 10 dice que la r-d-s debe formalizarse mediante la suscripción del convenio docencia-servicio, su carácter es institucional y fundamentalmente debe incluir lo siguiente: objeto, vigencia, responsabilidades y deberes en los aspectos académicos, científicos, financieros, administrativos y de servicios; instancias y mecanismos de coordinación, control y forma de solución de dificultades; pólizas y garantías

para usuarios, docentes y estudiantes; causas de terminación; supervisión; contraprestación, entre otros.

El convenio marco deberá acompañarse del anexo técnico del programa. También deben quedar en los contratos del personal vinculado las obligaciones docentes y asistenciales a las instituciones que participan en la relación docencia-servicio: “El convenio establecerá las condiciones bajo las cuales el personal del escenario de práctica puede realizar actividades de docencia y aquellas en las cuales los docentes de la institución educativa pueden prestar servicios asistenciales”. Además, se deben articular las normas y los reglamentos internos de las dos instituciones en convenio docencia-servicio, aclarando su aplicación.

Respecto a los comités de docencia-servicio, los debe realizar el escenario de práctica con cada institución educativa trimestralmente, registrar en actas lo actuado y archivar con toda la información referente al convenio docencia-servicio; lo integraran el gerente o jefe de educación del escenario de práctica, un representante de los estudiantes que esté rotando en ese escenario y un representante de la institución educativa. Sus funciones hacen alusión a la coordinación, el seguimiento y la evaluación de las actividades de la r-d-s; debe darse su propio reglamento; evaluar y confirmar el cumplimiento tanto del presente decreto y del convenio docencia-servicio suscrito, como de los planes de práctica o anexo técnico; de igual manera, debe verificar que las prácticas formativas no generen deterioro en la atención a los pacientes o usuarios del escenario de práctica.

Así mismo, tiene la misión de fomentar la responsabilidad legal y ética y el compromiso humanitario en la implementación de la relación docencia-servicio, al igual que “Analizar y resolver en primera instancia, las dificultades, diferencias y conflictos que puedan surgir en desarrollo de la r-d-s y remitir a las instancias pertinentes los casos que así lo ameriten”. También se debe supervisar y reglamentar el plan de prácticas formativas o anexo técnico acordado entre las partes, que contiene las competencias a adquirir por los estudiantes, y el desarrollo y mejoramiento en la prestación del servicio. Ellos deben contener el plan de delegación progresiva según las funciones, las responsabilidades y el nivel del estudiante, el cual será supervisado por el docente y el personal asistencial responsable de la prestación del servicio.

De otro lado, cada escenario de práctica definirá el número de estudiantes según el número máximo de cupos, teniendo en cuenta los criterios de la Comisión Intersectorial del Talento Humano en Salud. Respecto a las garantías de seguridad, protección y bienestar de los estudiantes, el artículo 15 señala que, según la normatividad vigente, se tendrá la cobertura de pólizas de responsabilidad civil extracontractual cuando se tengan riesgos frente a terceros o a su salud, y para riesgos biológicos; se afiliaran los estudiantes de posgrado al sistema de seguridad social en salud y riesgos profesionales, y la base de cotización será de un salario mínimo legal vigente, sin que esta implique un vínculo laboral.

Respecto al bienestar de estudiantes y docentes, los turnos de los estudiantes se adelantarán según los lineamientos de calidad en la prestación del servicio. De igual manera, los turnos serán de máximo doce horas, con descansos que garanticen al estudiante su recuperación física y mental y no podrán superar 66 horas por semana. Los programas que implican residencia o entrenamiento por parte de los estudiantes dan el derecho en forma gratuita, según los turnos y servicios que presten en la práctica formativa, a la alimentación, la hotelería, la ropa de trabajo y los elementos de protección.

El artículo 16 establece que las garantías de los estudiantes a nivel académico deben obedecer al programa definido por la institución educativa y su participación en las actividades asistenciales estarán supervisadas por el personal docente o asistencial. De otro lado, el artículo 17 señala que las garantías de los docentes que participan en la r-d-s obedecen tanto al reconocimiento académico por parte de la institución educativa según sus reglamentos y requisitos, como a “Obtener de la institución prestadora de servicios de salud o de la institución educativa el reconocimiento y remuneración correspondientes a las actividades asistenciales y docentes desarrolladas en el marco de la relación docencia servicio”, lo cual se pactará en el convenio d-s.

Se debe tener en cuenta que para los funcionarios de las instituciones públicas, en concordancia con la Ley 269 de 1996, se aplicará la concurrencia de horarios según la institución a la cual está vinculado el docente. Los docentes deben seguir las directrices de la IE en los aspectos relacionados con estrategias pedagógicas, curriculares y de evaluación formativa, y seguir en aspectos de administración de personal los lineamientos legales de la institución que los vincula.

Respecto a los requisitos para los escenarios de práctica y para los hospitales universitarios, el artículo 18 indica que para tener un concepto favorable un escenario de práctica debe: estar habilitado según el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, haber realizado la autoevaluación, "cumplir los criterios básicos de calidad para la evaluación y verificación de la relación docencia-servicio definidos por la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud" o quien haga sus veces, y reportar oportunamente la información que requiera la Comisión Intersectorial del THS. Igualmente, las IPS deben contar con el Registro Especial de Prestadores, declarando cada uno de sus servicios ante el Ministerio de Protección Social.

El artículo 20 se requiere a la autoevaluación de los escenarios de práctica para las IPS que deseen obtener este reconocimiento. Esta permite evidenciar el cumplimiento de las condiciones requeridas para el desarrollo de las prácticas en los programas que se consideren pertinentes y establecer los cupos que puede ofertar el programa de la IE según la capacidad operativa, administrativa y técnico-científica de la IPS.

Para tal efecto, la IPS debe contar mínimo con lo siguiente: integración de la estructura orgánica y funcional con las prácticas formativas en su misión; procesos formales en relación con el adelanto de las prácticas formativas; talento humano idóneo vinculado formalmente a la gestión de las prácticas formativas; una adecuada infraestructura física y técnico-científica para el desarrollo de las prácticas formativas; volumen de usuarios, pacientes, servicios o actividades que apoyen la formación teórico-práctica de los estudiantes con el programa; nivel de preparación y complejidad de la IPS. Esta evaluación es requisito preliminar para el concepto de la relación docencia-servicio.

En cuanto a los requisitos con que deben contar las IPS para ser reconocidas como hospitales universitarios, se debe tener en cuenta los establecidos en el parágrafo 2.º del artículo 13 de la Ley 1164 del 2007. Dichos requisitos se podrán cumplir a través de la unión de recursos y capacidades de la IES y la IPS, y deben seguir el siguiente procedimiento: presentar a la Comisión del Talento Humano en Salud la documentación soporte, dicha Secretaría Técnica la revisará y si cumple los requerimientos proyectará una visita de revisión por parte de la Sala de Ciencias de la Salud de la Comisión Nacional de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior (Conaces), la cual emitirá una recomendación a través de su Sala de Ciencias de la Salud.

La Comisión emitirá un acuerdo positivo o negativo sobre el reconocimiento como hospital universitario, decisión contra la cual se podrá interponer el recurso de reposición de conformidad con lo señalado en el Código Contencioso-Administrativo. Dicho reconocimiento tendrá una vigencia de siete años y puede perderse si la IPS incumple con los requisitos estipulados en el parágrafo 2.º del artículo 13 de la Ley 1164 del 2007. Respecto a la transición para el reconocimiento de los hospitales universitarios, las IPS que exhiban la calidad de "hospital universitario" tendrán por una única vez diez años a partir de la firma del presente decreto para adecuarse a lo establecido.

También estipula que la asignación de becas de Icetex se realizará según requisitos específicos para la aplicación de este incentivo que promuevan la formación de los profesionales en salud acorde a las necesidades de la población colombiana. Respecto a la obligatoriedad del reporte de información de las instituciones que hacen parte de la relación docencia-servicio, se aportará al Ministerio de Educación Nacional copia de los convenios suscritos, el número de cupos, los estudiantes por programa y los escenario de práctica, en consonancia con los criterios, los plazos y las características que precise la Comisión Intersectorial del Talento Humano en Salud, y su Secretaría Técnica será la responsable de la información del Observatorio del Talento Humano en Salud. El presente Decreto deroga el Decreto 190 de 1996.

El contexto del Decreto 2376 del 2010 es muy importe para la presente tesis puesto que este regula la relación docencia-servicio para los programas de formación de talento humano del área de la salud, y tiene como eje central el desarrollo de las prácticas formativas de los estudiantes. Indica paso a paso los lineamientos que se deben tener en cuenta para que las prácticas se adelanten con los estándares de calidad requeridos para los mercados del sector prestación de servicios y educación, cada uno ejerciendo su autonomía y dinámica en particular.

Mi argumento se anuncia entonces de la siguiente manera: algunas normas correspondientes al sector de prestación de servicios y educación dan autonomía a los mercados laboral, educativo y de servicios de salud para que determinen: 1) a quién y cómo contratar; 2) cómo educar a los estudiantes de las áreas del talento humano en salud; 3) cómo prestar un servicio de salud. Teniendo en cuenta las categorías de discriminación, exclusión y abuso de poder, puedo analizar en esta norma según el ACD que la relación de los agentes

sociales se articula entre el agente IPS e IE, quienes tienen el poder y contienen a otros agentes como estudiantes, docentes y usuarios y o pacientes, cuya su presencia es silenciosa y deja abierta la puerta a diferentes interpretaciones que pueden propiciar la exclusión y discriminación de ellos (Wodak y Meyer, 2003, p. 133). Estos hechos podrían observarse cuando se relacionan en los espacios reales de los escenarios de práctica y causan conflictos.

El ACD pretende tener gran amplitud, ser diverso, multidisciplinar y encaminado a los problemas, limita sus esfuerzos en el "triángulo discurso-cognición y sociedad", cuidándose de que no sea interpretado como reduccionista, y expresa el significado de sólida base "lingüística" haciendo referencia en un amplio sentido a lo "estructural y funcional". En otras palabras, para explicar el discurso se requiere de formas gramaticales, estilísticas, semióticas, entre otras, asociadas a la organización de lo que se desea comunicar (Van Dijk, citado en Wodak y Meyer, 2003, pp. 146-147). Esta especial forma de comunicar el discurso es observada en el marco normativo aquí analizado.

En cuanto a la cognición, se refiere a un proceso personal y social que involucra creencias, objetivos, valoraciones y emociones unidas a un proceso mental y memorístico que luego se traslada a la sociedad que es global y política, definiéndose en forma diversa y relacionándose con grupos que pueden ser de dominación y desigualdad (Van Dijk, citado en Wodaky Meyer, 2003, pp. 146-147). Esto puede explicar que las normas tienen un enfoque particular que dejan entre las líneas de su discurso acciones que perpetúan el respeto a la autonomía propia de cada mercado para que actúe según sus intereses.

En el presente análisis observé que el Decreto 2376 del 2010 habla de la forma de resolver los conflictos y, teniendo en cuenta la pregunta de investigación del presente trabajo —¿cómo contempla el marco normativo los conflictos éticos y bioéticos de los estudiantes en las prácticas formativas del talento humano en salud?—, hace un acercamiento en el sentido tanto de fomentar la responsabilidad legal y ética y el compromiso humanitario en la implementación de la relación docencia-servicio, como de "Analizar y resolver en primera instancia, las dificultades, diferencias y conflictos que puedan surgir en desarrollo de la r-d-s y remitir a las instancias pertinentes los casos que así lo ameriten". Esta acción posiblemente se acerque a encontrar un camino en el marco normativo que contemple los conflictos éticos y bioéticos de los estudiantes en las práctica formativas.

La Resolución 1052 del 2020 tiene como propósito determinar las reglas del contrato de prácticas formativas donde el residente recibirá un apoyo educativo no menor de tres salarios mínimos mensuales vigentes por parte del Estado y se compromete a cumplir personalmente lo que dura su programa de especialización, según su currículo y los planes de práctica formativa que se establezcan en el marco de la relación docencia-servicio. Este contrato es un acuerdo de voluntades suscrito entre el residente beneficiario, la institución de educación superior donde esté matriculado el residente y el prestador del servicio que funge como escenario de práctica.

Se encuentran también el Acuerdo 003 del 2003 y el Acuerdo 001 del 2008. Este último presenta los criterios de evaluación de la relación docencia-servicio, con ocasión de las prácticas formativas de los estudiantes como parte del proceso educativo de los programas de las áreas de la salud que se adelantan en las IPS.

La relación entre ellas en ningún contexto es fácil y puede llevar a situaciones conflictivas que tienen como causa principal los objetivos particulares de cada una, especialmente en cuanto a la eficiencia y calidad, confrontando lo académico-docente con la prestación del servicio-asistencial. Dichas distorsiones conceptuales que propician la confrontación traen graves implicaciones en la educación y después en el ejercicio de los profesionales, técnicos y auxiliares que prestan los servicios de salud (p. 7).

El detrimento en las relaciones de las IE con las IPS por las diferentes situaciones ha causado el deterioro en el proceso formativo y muy especialmente en la calidad de la prestación del servicio, lo cual dio lugar a la revisión de los marcos normativos y su regulación. Este modelo fue adoptado por el Consejo Nacional para el Desarrollo del Recurso Humano en Salud, y es una estrategia para la renovación conceptual y operativa de los convenios docencia-asistenciales, según el artículo 247 de la Ley 100 de 1993 y el Decreto 190 de 1996. Este modelo actúa con autonomía en su propio campo de acción y se complementa con los requerimientos de educación y salud. El concepto positivo de la evaluación de dicho modelo de la IPS le otorga el reconocimiento como escenario de práctica (p. 8).

El Acuerdo 003 tuvo como marco de referencia aspectos técnicos y legales. El modelo tiene 53 criterios generales y se aplica mediante factores, características, aspectos a considerar y criterios a evaluar descritos de la siguiente manera: I) definición relación

docencia-servicio; II) estudiantes y docentes en prácticas formativas; III) procesos académicos; IV organización, administración y recursos en prácticas formativas; V) prácticas formativas y su relación con el entorno. Primero, los antecedentes en la educación del personal sanitario vienen desde la segunda mitad del pasado siglo puesto que la formación de los médicos tenía influencia europea. Allí dicha educación no estaba separada de la prestación del servicio de salud y muchas escuelas de medicina se originaron en los hospitales para luego unirse a las universidades (p. 23).

El Modelo de Evaluación de la Relación Docencia-Servicio, Criterios Básicos de Calidad para Centros de Prácticas Formativas (Acuerdo 003) cita al estudio Flexner. Este nació en Norte América y apareció en América Latina y Colombia hacia los años cincuenta, cuatro décadas después de su publicación, e influyó en cambios significativos para la educación médica en el país sin tener en cuenta nuestros aspectos culturales, sociales y económicos. Presenta líneas innovadoras de pensamiento académico cuya interpretación no fue siempre feliz y tuvo un impacto significativo en los hospitales que estaban asociados a las escuelas de medicina.

El informe Flexner incorporó entre otras cosas los medios tiempos y tiempos completos para la educación, situaciones que no fueron tan reales y que causaron un antagonismo entre una academia paralela a la prestación del servicio. Esto puede explicar lo que se ha perpetuado en algunos hospitales: la disociación de funciones que llevaron a aspectos conceptuales de funciones asistenciales y académicas, marcando prácticas dominantes entre las IE y la IPS. Segundo, en cuanto al contexto nacional, desde la Constitución Política de 1991 los procesos sociales, entre ellos la educación y la salud, se declaran servicios públicos de cobertura y calidad para toda la población, cuya ejecución y composición, entre otras, es mixta entre pública y privada, caracterizando a estos sectores bajo la óptica del pensamiento de mercado.

En este nuevo contexto político e institucional, el impacto fue grande a nivel de las relaciones entre los sectores de salud y educación, puesto que el segundo, a partir de la Ley 30 de 1992, permitió el aumento de las instituciones educativas y los programas del área de la salud, para los que el sector salud no tenía capacidad de respuesta con sus campos de práctica a nivel nacional y regional. Así las cosas, no se dieron líneas de acción para encontrar soluciones, sino que, por el contrario, dichos problemas se profundizaron, diversificaron o

ignoraron. Por tal motivo, las acciones equivocadamente llevaron a un proceso de comercialización entre algunos campos de práctica y la institución educativa, afectando los procesos de formación y prestación del servicio (p. 23).

Sumado a lo anterior, los cambios en la forma de contratación del personal de salud y educación han generado poca pertinencia de ellos para asumir más responsabilidades. En dichas situaciones se observa que la interpretación de las nuevas normas y la constitución no fue siempre la apropiada, por eso se plantea la revisión de las normas, sus aspectos conceptuales y los elementos regulatorios que se deben aplicar, priorizando el interés colectivo social y no los intereses particulares de grupos e instituciones. En consonancia con lo anterior, en tercer lugar, este modelo tomó la revisión de los elementos legislativos y las normas emanadas de la Constitución de 1991 tanto para el sector educación como para el de prestación de servicios de salud (p. 25).

Es importante anotar que el documento hizo una revisión del estado de la cuestión tanto a nivel nacional como internacional, creó un grupo focal interdisciplinario, y realizó prueba piloto y semanarios-taller de socialización para adelantar su implementación. El modelo precisa que, al necesitar los programas de educación en salud las prácticas formativas de profesionales, técnicos y auxiliares, se genera una interacción que propicia conflictos entre los docentes de las dos instituciones, ya sea por aversión a lo asistencial o por desconfianza a lo académico. En esta alteración conceptual se margina la formación del personal de salud del trabajo.

Dicha situación de conflicto tiene diferentes motivos, entre ellos el histórico, aspectos que se han tratado de corregir con enfoques como la integración “docente-asistencial” a pesar de que ella misma perpetua la dicotomía de funciones y lleva a que la IPS tenga una estructura alterna que puede afectar la prestación del servicio y de los programas de salud. Algunas experiencias internacionales y nacionales proponen la revisión de dichos fundamentos de conceptualización e interacción a partir de la “relación docencia-servicio” (p. 28) tanto mediante el campo integral para la formación del personal de la salud y para la prestación del servicio, como mediante acciones soportadas en responsabilidades y compromisos de las instituciones que conforman la relación (p. 28).

Así las cosas, la orientación del Modelo de Evaluación de la Relación Docencia-Servicio se basa en los acuerdos interinstitucionales y los criterios básicos de calidad que

deben dar respuesta a la satisfacción de las prácticas formativas como parte del programa de formación que desarrollarán en los servicios de la IPS y que constan en el acuerdo de voluntades. Los criterios de evaluación son compatibles con el modelo del Consejo Nacional de Acreditación Institucional y con los modelos elaborados por el proyecto correspondiente de recursos humanos del Programa de Apoyo a la Reforma (p. 28).

En cuanto al análisis de dicho acuerdo, debemos tener en cuenta que este hace alusión a los procesos sociales como educación y salud, que se declaran servicios públicos a partir de la Constitución de 1991, con cobertura y calidad para toda la población. Su ejecución y composición se entrega a las empresas mixtas, pública-privada, o independientemente a cada una, caracterizando a estos sectores bajo la óptica del pensamiento de mercado. Así las cosas, según el ACD, el lenguaje es una unidad constante de asuntos sociales, que garantiza que se encuentre entretejido con el poder social de muchas maneras: “el lenguaje clasifica el poder, expresa poder, está involucrado allí donde hay un desafío al poder o una contienda para conseguirlo” (Wodak y Meyer, 2003, p. 31).

El pensamiento mercantilista utilizado por los sectores educación y salud, relacionado con mi argumento, reafirma que se dio autonomía a los mercados laboral, educativo y de servicios para que establezcan: 1) a quién y cómo contratar; 2) cómo educar a los estudiantes de las áreas del talento humano en salud; 3) cómo prestar un servicio de salud. Así mismo, según las categorías de discriminación, exclusión y abuso de poder, puedo analizar que el Acuerdo 003 del 2003, a pesar del profundo análisis que realiza para regular la normatividad mediante el Modelo de Evaluación de la Relación Docencia-Servicio, Criterios Básicos de Calidad para Centros de Prácticas Formativas, con el propósito de lograr la mejor formación del talento humano en salud sin afectar la prestación del servicio, no logra su objetivo.

Tiene en consideración el relacionamiento de los agentes sociales estudiantes, docentes, usuarios, personal administrativo, dueños o autoridades de las IES y de las IPS públicas o privadas, considerando que hay una relación conflictiva por los intereses particulares de cada mercado, y la interpretación y ejecución particular de las normas que no siempre es adecuada por parte de ellos. Dichas fisuras propician la discriminación y exclusión hacia algunos agentes por parte de los dueños de los mercados que tienen el poder y la autonomía de desarrollar sus mercados según sus conveniencias. Así mismo, cita el informe Flexner-Modelo Americano que generó cambios importantes en la educación médica.

En este orden de ideas, y para subsanar las situaciones observadas, el Acuerdo 003 propone ajustes a la normatividad, entre los cuales está el cambio de término "relación docente-asistencial" a "relación docencia-servicio" para lograr un mayor acercamiento y unión entre la academia representada por la IES y la prestación del servicio representada por la IPS. Por tal motivo, es importante tener en cuenta que "El lenguaje constituye un medio finamente articulado para las diferencias de poder existentes en las estructuras sociales jerárquicas" y "Son muy pocas las formas lingüísticas que no se hayan visto, en uno y otro momento, obligadas a ponerse al servicio de la expresión del poder mediante un proceso de metáfora sintáctica o textual" (Wodak y Meyer, 2003, p. 31).

Entonces, podemos decir que el ACD está interesado en las diferentes maneras en que se usan las formas lingüísticas para las diferentes expresiones y manipulaciones del poder en diversas expresiones. En un texto el poder no solo se distingue por las diferentes expresiones gramaticales en su interior, sino también por el control que puede ejercer una persona de una situación social a través del tipo de texto. Así las cosas "El poder no deriva del lenguaje, pero el lenguaje puede utilizarse para plantear desafíos al poder, para subvertirlo, para alterar las distribuciones de poder a corto y a largo plazo" (Wodak y Meyer, 2003, p. 31).

Es importante tener en cuenta los *Lineamientos de referencia para la asignación de cupos de estudiantes en escenarios clínicos* de la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud (2018). En consideración al Sistema de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior y a lo dispuesto por las Leyes 100 de 1993 y 1164 del 2007, modificada por la Ley 1438 del 2011, en nuestro país se consideran criterios de calidad y pertinencia para aprobar los programas de educación superior en el área de la salud las disponibilidad de escenarios de práctica formativa que den cumplimiento a las normas regulatorias. Por tal motivo, los Ministerios de Salud y Protección Social y de Educación Nacional precisaron y adoptaron los lineamientos para evaluar la capacidad instalada de los escenarios clínicos donde se desarrollan las prácticas formativas de las IES del área de la salud; las IES las presentan para obtener o renovar el registro calificado de sus programas del área de la salud.

Este documento es un referente básico para todos aquellos que hacen parte de los procesos de evaluación y verificación de la capacidad instalada de los escenarios clínicos, para los equipos técnicos y directivos de los ministerios ya citados, y para los pares evaluadores y asesores de la Sala de Salud y Bienestar de la Conaces. De esta manera, ya se

dispone de una herramienta para consultar y orientar la capacidad instalada de los escenarios de práctica que tienen a cargo soportar el desarrollo de las competencias de los practicantes.

También se debe tener presente la producción de servicios y disponibilidad docente, entre otros, para asegurar la suficiente exposición de los estudiantes a los casos, procedimientos y demás actividades asistenciales sin afectar la calidad de los servicios, y la seguridad de los pacientes y de las demás personas que se encuentran en los escenarios de práctica. De esta manera, se optimiza adecuadamente el escenario evitando el exceso de estudiantes y se asegura la calidad de la formación y la prestación del servicio, evitando que se afecte negativamente el proceso de formación, la prestación del servicio y la seguridad del paciente. Dichos lineamientos fueron actualizados en abril del 2021, ampliando la inclusión de los programas de formación del talento humano en salud.

Conviene observar que el 5 de octubre del 2021 se publica el nuevo *Modelo de Evaluación de la Relación Docencia-Servicio para el Desarrollo de Programas Académicos en Salud* (Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud *et al*.). Este toma el Acuerdo 003 del 2003 como marco normativo, el cual será sustituido por el presente modelo, y tiene como objetivo fortalecer y mejorar las condiciones de calidad para el desarrollo de las prácticas formativas en salud según su nivel de complejidad (baja, media y alta), y las características de las actividades a desarrollarse en la práctica formativa. El modelo esta alineado con las normas, los lineamientos y las políticas que están relacionados con las prácticas formativas.

Contiene siete condiciones de calidad que deben tener los escenarios de práctica para adelantar programas de educación superior en el marco de la relación docencia-servicio: aspectos generales del escenario; capacidad instalada, seguridad, protección y bienestar; organización administrativa para la docencia-servicio; personal docente; prácticas formativas y cultura del mejoramiento continuo del escenario de práctica, que confluyen en el aseguramiento de la calidad de las prácticas formativas. Así las cosas, esta norma no tiene en cuenta la posible existencia de conflictos éticos y bioéticas en las prácticas formativas.

Finalmente, para concluir el análisis de este aparte de textos complementarios del marco normativo que orienta las prácticas formativas del talento humano en salud, puntualmente en el marco de la educación y con especial énfasis en el desarrollo de la relación docencia-servicio, y para establecer a través del ACD los puntos problemáticos a nivel

bioético del marco normativo, observo que solamente se habla de conflictos en el Decreto 2376 del 2010 y en el Acuerdo 003 del 2003. Se orienta el primero a su solución a través de los reglamentos de la instituciones que suscriben el convenio docencia-servicio, y el segundo hacia el fortalecimiento y la unión de los términos docencia-servicio como el vínculo funcional entre la IES y la IPS, cada una con responsabilidades concretas en el desarrollo de la prácticas formativas.

En cuanto a las normas propias del sector educativo, en ninguna de ellas se tiene en cuenta el tema de los conflictos que se pueden presentar en las prácticas formativas que se adelantan en un escenario de práctica. Tratan básicamente de aspectos técnicos que se deben adelantar para obtener el registro calificado que requieren para ofertar sus programas y el relacionamiento con el escenario de práctica para que sus programas sean aprobados por la autoridad correspondiente.

Así las cosas, este discurso se construye articulado cuidadosamente en un marco normativo que se enfoca en el mercantilismo de los sectores laboral, educación y prestación del servicio de salud, perdiendo el foco del fenómeno social al cual debe dirigir su atención; de esta manera, se obtiene y conserva el poder en una comunidad dada, funcionando así las ideologías en las instituciones sociales (Wodak y Meyer, 2003, pp. 31-33).

Los puntos problemáticos encontrados en el mercado educativo soportan mi argumento relacionado con las categorías de abuso de poder, exclusión y discriminación. En el primero, el abuso de poder se refleja en la intención, el método y la consecuencia de la construcción del marco normativo que entre líneas privilegia a los agentes instituciones educativas, que gozan de autonomía y regulación para crear programas del talento humano en salud según sus intereses, que básicamente tienen una intención económica. Su método es autoritario y la consecuencia radica en que, dada la exclusión de los estudiantes en la estructuración de los programas, cuando son puestos en la realidad en el escenario de práctica, pueden ocasionar tensiones que operan bajo el lente de la desigualdad.

En segunda medida, el gobierno ejecuta las leyes que ha creado el Congreso y allí es donde los agentes poderosos dan su propia interpretación, con ocasión de mi tesis, las instituciones educativas y las IPS. En este hilar delgado y alineado de normatividad, implícitamente dichos agentes que ostentan el poder usan su autonomía en beneficio de sus propios intereses, y los agentes estudiantes y docentes o personal asistencial se encuentran

en una posición de desigualdad para acceder a la construcción e implementación de recursos para la educación, y los usuarios, para acceder a los servicios de forma igualitaria.

4.2.3. Mercado de prestación de servicios de salud

En cuanto al análisis de la Constitución Política de Colombia, tenemos en cuenta que esta señala que el Estado tendrá a cargo la atención en salud y el saneamiento ambiental, constituidos como servicios públicos. Así las cosas, la atención en salud deberá garantizar el acceso, la promoción, la protección y la recuperación de esta. Entonces, le corresponde al Estado reglamentar, dirigir y organizar estos dos servicios públicos conforme a los principios de universalidad, eficiencia y solidaridad. De igual manera, debe crear las políticas de prestación del servicio por parte de instituciones privadas, ejerciendo vigilancia y control; también debe establecer las competencias de la nación, particulares y entidades territoriales, y definir los aportes según lo señalado por la ley.

De otro lado, los servicios de salud se deben organizar de manera descentralizada, por niveles de atención y con la intervención de la comunidad. Finalmente, la ley definirá los términos mediante los cuales la atención básica en salud será gratuita y obligatoria para todos los colombianos; también agrega que toda la población debe gestionar el cuidado integral de su salud, y el de su comunidad (artículo 49, modificado por el artículo 1.º del Acto Legislativo 2 del 2009). Los determinantes sociales de salud se establecen en la Ley Estatutaria 1751 del 2015, en su artículo 9, haciendo referencia a los factores que definen que aparezca la enfermedad, como los sociales, culturales, económicos, ambientales, educativos, ocupacionales y de acceso a los servicios públicos.

Establece que el Estado debe estructurar políticas públicas que se orienten a reducir las desigualdades que impactan el goce del derecho a la salud. Así mismo, estas deben favorecer su mejoría, prevenir la enfermedad y conllevar a mejorar la calidad de vida de la población colombiana.

El “Artículo 10. Derechos y deberes de las personas, relacionados con la prestación del servicio de salud” señala que se tiene derecho a acceder a los servicios de alta calidad que den garantía a la atención integral, oportuna y con calidad; a recibir atención de urgencias: sostener una comunicación clara con el profesional tratante; obtener información apropiada y suficiente para definir la toma de decisiones respecto a los procedimientos que se le vayan

a practicar. La decisión será libre y autónoma por parte del paciente, quien siempre debe recibir un trato digno.

La Ley 100 de 1993 tiene que entre los objetivos del Sistema General de Seguridad Social en Salud se encuentran regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso en toda la población al servicio en todos los niveles de atención. En cuanto a los fundamentos del servicio público, la Ley 100 de 1993 acota que, fuera de los principios generales consagrados en la Constitución Política, son reglas del servicio público de salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud, por ejemplo, la equidad, autonomía y descentralización; entonces, respecto a la primera se proveerán gradualmente los servicios de salud con la misma calidad para todos los habitantes de Colombia, sin tener en cuenta su capacidad de pago, lo cual evita la discriminación y el riesgo en la prestación del servicio a la población vulnerable (art. 153).

En referencia a la segunda, otorga autonomía a las instituciones prestadoras de servicios de salud según el tamaño y la complejidad que reglamente el Estado, autonomía administrativa, personería jurídica, y patrimonio independiente; estarán exceptos los casos previstos por la ley. En relación con la tercera, la descentralización administrativa, esta se refiere a que la organización del Sistema General de Seguridad Social será descentralizada y estará a cargo de las direcciones seccionales, distritales y locales en salud. Para que las IPS públicas fortalezcan su operación del orden nacional, estas tendrán una estructura de gestión organizacional, y de decisiones técnicas, administrativas y financieras.

También la citada ley habla de la equidad en la prestación del servicio para los colombianos sin tener en cuenta su capacidad de pago, evitando la discriminación con los más pobres. Hace explicita la obligatoriedad a cargo de la afiliación por parte del empleador a su personal vinculado o del Estado a la población sin capacidad de pago, permitiendo la libre escogencia por parte del usuario. Dichas actividades estarán bajo vigilancia y regulación del Estado, el cual también facilitará la participación de las comunidades; para las instituciones de carácter público, será obligatoria su participación en las juntas directivas.

Respecto a la calidad, el sistema creará mecanismos de control a los servicios para que los usuarios tengan garantía de una atención integral continua, oportuna, personalizada y humanizada, según los estándares de la práctica profesional. Para tal efecto, las IPS deberán acreditarse ante las entidades de vigilancia (art. 154). Así mis, el Estado intervendrá en el

servicio público de seguridad social en salud, conforme a las reglas de competencia de que trata esta ley, en el marco de lo dispuesto en los artículos 48, 49, 334 y 365 a 370 de la Constitución Política.

Dicha intervención buscará principalmente el logro de los siguientes fines: dirigir, orientar, regular, controlar y vigilar el servicio público esencial de salud que constituye el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Los colombianos recibirán una atención integral y preventiva, realizarán una cotización reglamentaria y existirá un régimen subsidiado para los más pobres y vulnerables que será financiado con recursos sociales, de solidaridad e ingresos propios de los entes territoriales, aportes de la nación y, dentro de sus posibilidades, recursos de los afiliados. Es importante anotar que existirá un Fondo de Solidaridad y Garantía que tendrá la función de garantizar la compensación entre personas de diferentes ingresos y riesgos; también será solidaria en la cobertura de los riesgos y los accidentes de tránsito y de otros propósitos de la citada ley (art. 156).

Así mismo, las entidades territoriales adelantarán convenios con las entidades promotoras de salud para administrar el régimen subsidiado del servicio de salud, y los recursos para tal fin los proporcionara cada entidad territorial, propios, cedidos o del fondo de Solidaridad y Garantía; los particulares aportarán según su capacidad socioeconómica en consonancia con lo previsto por la citada ley. En cuanto al Sistema, mediante el régimen contributivo, que corresponde a la población que tiene vinculación mediante contrato de trabajo, trabajadores independientes con capacidad de pago, servidores públicos, pensionados y jubilados, deberán afiliarse al Sistema de Salud propio de este régimen según la ley.

Por su lado, la dotación hospitalaria dará prioridad a la asignación de recursos para que los municipios mejoren su dotación básica y de talento humano. De esta forma, se pretende brindar una atención de veinticuatro horas a los usuarios según las necesidades de la atención en salud. El servicio obligatorio de los profesionales de las áreas de la salud se realizará prioritariamente en los centros de atención rural (art. 191).

Respecto a los incentivos a la oferta de servicios de salud que contempla la ley, para lograr calidad y provisión de servicios, estos estarán dirigidos al aumento de productividad, al control de costos y a la asignación de recursos teniendo en cuenta el criterio de costo-beneficio. También dichos incentivos se darán a la demanda con la finalidad de racionalizar

el sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes, y tener un manejo de los beneficiarios y mejor calidad de la prestación del servicio (art. 184).

Cuando se realiza en forma directa por la nación o las entidades territoriales, la prestación del servicio se hará mediante las empresas sociales del Estado, las cuales constituyen la categoría especial de entidad pública descentralizada que cuenta con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa que, según el caso, se crea por la ley o por los consejos o asambleas según se requiera, y están sometidas a un régimen jurídico previsto por la ley. En cuanto al nombre, se mencionará siempre "empresa social del Estado", cuyo objeto es la prestación de los servicios de salud como un servicio público por cuenta del Estado o como parte de la seguridad social como servicio público (art. 194).

Para la administración del Régimen Subsidiado en Salud, la Dirección Seccional o Local de Salud contará en forma prioritaria con las empresas promotoras de salud de carácter comunitario, denominadas empresas solidarias de salud. Si la contratación no es con una de ellas, se realizará mediante concurso y se aplicará el régimen privado (art. 216). En cuanto al Fondo de Solidaridad y Garantía, su operación se manejará por encargo fiduciario, que no tiene personería jurídica ni planta de persona propia según el art. 150 de la Constitución Política Colombiana. El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud establecerá los criterio de distribución y utilización de recursos (art. 218).

También señala la Ley 100 que la Superintendencia Nacional de Salud es un organismo adscrito al Ministerio de Salud con autonomía administrativa, personería jurídica y patrimonio independiente, cuya función es establecer las reglas generales que deben adelantar los hospitales en su contabilidad, sin perjuicio a su autonomía reconocida para su dinámica según las instrucciones impartidas por esta (art. 233).

Podemos observar en los pasados párrafos que hacen alusión a algunos apartes de la Ley 100 relacionados con la prestación del servicio de la salud que en este tejido de relaciones que enmarca la ley algunos agentes están en una posición de ventaja y poder respecto a otros que se encuentran en desventaja y solo les queda acatar lo que dice su superior jerárquico, según lo señalado por la ley, y pueden encontrarse en posición de exclusión o discriminación, presentando en esta relación tensión, conflicto y posiblemente frustración. En dicho texto se escucha el mismo discurso entre líneas, donde el gobierno, las EPS, las IPS públicas y privadas, los entes de control, los usuarios o pacientes y el personal del talento humano en

salud, entre otros, hacen parte del sistema de salud y conviven cada uno desde su caracterización ocupando un rol.

En dicho discurso, se reitera muchas veces la intención de favorecer la prestación de este servicio, siempre haciendo énfasis en los más pobres, desfavorecidos y en la cobertura universal con la misma calidad para todos, independientemente de su ubicación geográfica y capacidad de pago. Sin embargo, aclara que se financiara con recursos de la nación, con la obligación solidaria del régimen contributivo y otros. Así mismo, dice que la prestación del servicio obedecerá a los recursos disponibles y capacidad del fisco nacional, y que dicha prestación estará enfocada a incentivar a quienes su oferta represente productividad y control de costos y respecto a la demanda, a quienes generen ahorro en la prestación del servicio, especialmente en los sistemas de referencia y contrarreferencia, y suministro de medicamentos.

Así las cosas, las relaciones que sostienen los diferentes agentes que caracteriza la Ley 100 generan tensión y conflicto, teniendo en cuenta la posición de poder del establecimiento, las EPS, las IPS y otros agentes del sistema en relación con la posición de sometimiento que debe adoptar el usuario o paciente y el personal sanitario, puesto que la ley es de imperativo cumplimiento. Esta relación de desigualdad refleja exclusión, discriminación y abuso de poder hacia dichos agentes. Se observa que la Constitución Política de 1991 dejó en manos de la ley la construcción concreta de la seguridad social de la población colombiana. De esta manera, según el ACD, los problemas sociales se centran especialmente en los discursos que producen y reproducen la dominación o abuso de poder y siempre los grupos dominantes lo hacen para velar por sus intereses (Wodak y Meyer, 2003, p. 165).

De igual manera, el ACD señala que el establecimiento está reflejado en la ideología mediante la conservación de las relaciones desiguales de poder. Representa un importante aspecto del establecimiento la conservación de unas relaciones desiguales de poder. También tiene un particular interés por las formas de ideología que resultan mediadas por el lenguaje en muchas instituciones sociales. Para Thompson (1990, citado en Wodak y Meyer, 2003, p. 30), “La palabra ideología se refiere a las formas y a los procesos sociales en cuyo seno, y por cuyo medio, circulan las formas simbólicas en el mundo social”.

Ahora bien, la Resolución 0429 del 2016 se fundamenta en la atención en salud-APS, cuya orientación es la salud de la familia, la comunidad, el cuidado, y la gestión integral del riesgo; el enfoque contiene matices diferentes para las distintas poblaciones y territorios. Dichas acciones buscan armonizar y articular el aseguramiento y la prestación del servicio de salud, y lograr el avance en políticas y programas en salud pública. Este modelo operacional cuenta con las estrategias y herramientas que se necesitan para garantizar que el servicio sea oportuno, continuo, integral, de aceptabilidad y calidad de la atención de salud de la población, teniendo en cuenta las condiciones de equidad en coordinación con las acciones de cada uno de los integrantes del sistema.

El ámbito de aplicación es la población que reside en la geografía colombiana, y su implementación y responsabilidad cae en manos de las entidades territoriales, administradoras de planes de beneficios, IPS de naturaleza pública, privada o mixta, y entidades del sector salud y de otros sectores a cargo de las intervenciones relacionadas con la promoción, el mantenimiento de la salud, el diagnóstico, el tratamiento, la prevención de la enfermedad, la rehabilitación, la paliación y la muerte digna.

En consecuencia, la Resolución 2626 de 2019 definió el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) para hacer operativa dicha norma. Se observó que en la implementación del modelo había una fisura entre los territorios y en su interior, así como también en la articulación entre los diferentes actores del SGSSS. Por tal motivo, para complementar dicha política y concretar su desarrollo, se consideró “un modelo de acción integral, fundamentado en la Atención Primaria en Salud, centrado en las personas, las familias y las comunidades, que asegure una efectiva participación social y comunitaria” , mejorando los resultados en la prestación del servicio y logrando mayor bienestar de la salud de los pobladores.

Según la Resolución 3100 del 2019, el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud está constituido por el Sistema Único de Habilitación, la Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, el Sistema Único de Acreditación y el Sistema de Información para la Calidad; teniendo en cuenta los avances tecnológicos y las disposiciones para la telesalud y los parámetros de la telemedicina en el país, el Ministerio de Salud y Protección Social consideró pertinente ajustar algunos estándares de los componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la

Atención en Salud que incluyen tanto los procedimientos, como las condiciones para la inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud.

A modo de conclusión general, es importante decir que los elementos del marco normativo se reflejan a través de la definición de bioética. El marco reúne estos aspectos que son bioéticos, los cuales se pueden representar por el mismo conflicto que está analizando; así es cómo se revela con los elementos de carácter bioético. Es importante tener en cuenta que al abordar el marco normativo descubrí que conflictos éticos y bioéticos se pueden sobreentender.

Finalmente, para problematizar los temas abordados privilegiando la articulación, tensión, convergencia e incongruencia entre los distintos lineamientos y teniendo en cuenta las categorías exclusión – discriminación - abuso del poder, se observó que en la normatividad los conflictos éticos y bioéticos están sobre entendidos. Así las cosas el mercado laboral mantiene relaciones de poder articuladas en un discurso común al modelo económico; en el mercado educativo circulan el poder del Estado y las IE, teniendo en cuenta el interés económico-oferta programas, la inequidad docente está presente, los estudiantes y usuarios tienen una presencia silenciosa, las IE e IPS tienen intereses diferentes y posiciones privilegiadas. El Mercado prestación de servicios corresponde a grupos dominantes que entran en confrontación por intereses diferentes privilegiando el mercantilismo, con poca capacidad de respuesta y desarticulado en relación con el aumento de programas de la IE.

CAPÍTULO 5. ANÁLISIS DEL MARCO NORMATIVO DEL TALENTO HUMANO EN SALUD (THS) A TRAVÉS DE LA TEORÍA DE LA ÉTICA CONVERGENTE DE RICARDO MALIANDI CON LOS RESULTADOS DEL ANÁLISIS CRÍTICO DEL DISCURSO (ACD)

En este capítulo se aborda el marco normativo en salud, en especial la Política Nacional del Talento Humano en Salud, a través de los conceptos de la teoría de ética convergente propuesta por Ricardo Maliandi. El objetivo es identificar de qué manera la política pública prevé la conflictividad ética y bioética de los estudiantes en las prácticas formativas del THS. Se usarán como categorías de análisis los principios bioéticos de la universalidad, la individualidad, la conservación y la realización. Los resultados del ACD realizado en el capítulo anterior son la base para la identificación de los puntos problemáticos en el plano bioético. Es decir, el plano de la representación y las relaciones entre los agentes del THS son los fragmentos discursivos que abren la interpretación en el plano bioético. Primero, planteo qué es el conflicto bioético para Maliandi, después cómo funcionan los conflictos bioéticos en su marco conceptual, y, finalmente, rastreo cómo el marco normativo del THS posibilita que existan los conflictos bioéticos en los estudiantes en las prácticas formativas.

Los conflictos son una representación de interrelación con muchas diferencias que establecen la compleja particularidad en los ámbitos biológico y social (Maliandi y Thüer, 2008, p. 8). Etimológicamente significa “choque” o “colisión”, o sea, es un hecho en el cual las cosas no se separan, sino que se unen, se juntan de manera violenta. Si no se destruyen al chocar, las cosas rebotan, se alejan, es decir, *divergen* (Maliandi y Thüer, 2008, p. 8). El conflicto, entonces, es conformado por una instancia conflictiva y otra armónica. Cuando se intenta mediar entre ambas, sucede un acto de convergencia (Maliandi y Thüer, 2008, p. 9).

Maliandi ubica los conflictos como resultantes del choque entre las dos dimensiones de la razón, la fundamentadora (F) y la crítica (K), en una interacción con los principios cardinales. Esta idea de los conflictos bioéticos la retoma de dos propuestas de Beauchamp y Childress: una se vincula a los principios bioéticos y otra a su aplicación. Maliandi y Thüer apelan a la ética del discurso, y toman de ella lo trascendental, el sentido apriorístico, y la dialogicidad de la razón (2008, p. 10). Su objetivo es aplicar una teoría ética a la bioética y juntar los “principios bioéticos” con la fundamentación elaborada en el marco de la

propuesta, al igual que explorar su aplicación en la praxis y el planteamiento de "paradigmas" y "modelos" de aplicación (Maliandi y Thüer, 2008, p. 11).

Las dos funciones, la fundamentación y la crítica, deben guardar el mayor equilibrio para lograr el *isomorfismo* de la razón. A pesar de que la argumentación es "exigencia racional", también se contempla la etapa preargumentativa, que hace referencia a lo contradictorio y conflictivo (Maliandi y Thüer, 2008, p. 136). Según Maliandi y Thüer (2008, p. 137), la razón es la instancia anticonflictiva más importante, por lo cual existe la "exigencia de evitar, resolver o regular los conflictos", y de aplicar metodologías y "reconocer el carácter conflictivo de las interrelaciones sociales y por ende del *ethos*".

Sin embargo, "donde hay seres humanos hay conflictos", pero no solo por la "mera agresividad intraespecífica estudiada por la etología", sino debido a la estructura conflictiva del *ethos*. La moral es el recurso que se tiene para reducir o inhibir esa agresividad conflictiva, porque depende de principios que entre sí están en conflicto (Maliandi y Thüer, 2008, p. 137). La ética tiene una alta posibilidad de contener una situación de conflictividad, que se presenta en la argumentación del "discurso práctico" (Maliandi y Thüer, 2008, p. 138). Existe un *a priori* de la conflictividad, lo que significa que no puede haber un fundamento ético sin haber presupuesto, o sea, una estructura conflictiva (Maliandi y Thüer, 2008, p. 139).

Los conflictos son un tipo de relaciones ("nexos") entre posiciones diversas, que se pueden unir y formar "plexos conflictivos", además de contener conflictos potenciales. Esto no solo facilita su comprensión y posible solución, sino también permite comprender y resolver conflictos concretos. Los conflictos son más complejos entre más dinámicos sean. El examen fenomenológico aplica tanto al enfrentamiento de dos o más unidades sucesivas que se deben ver desde la óptica de la conflictividad como a cuestiones morales en el nivel ético-normativo. La finalidad de lo ético es atenuar la conflictividad. Toda acción tiene como motivo o consecuencia un conflicto que pasa por cuatro fases: tensión, desequilibrio, compensación y homeostasis.

La conflictividad sucede tanto a nivel sincrónico como diacrónico. La ética convergente marca un paralelismo con el apriorismo kantiano en cuanto a la conflictividad sincrónica. El conflicto entre el deber y la inclinación corresponde al existente entre la universalidad y la individualidad. La estructura conflictiva diacrónica concierne, por su parte, a las tensiones entre permanencia-cambio, omisión-acción, reposo-movimiento, tradición-

progreso, serenidad-inquietud, es decir, entre la conservación y la realización. La conflictividad diacrónica presume algo “anterior” y algo “posterior”, muestra que lo predecible tranquiliza, pero lo apaga la monotonía y lo impredecible es animado, pero tiene riesgo. Así mismo, la conflictividad diacrónica muestra la injusticia de la exclusión social, por ejemplo, cuando se priva al ser humano de una morada. Finalmente, la ética no plantea soluciones fijas a la conflictividad, sino que busca modos de conciliar, para la praxis humana, lo múltiple con lo unitario y lo cambiante con lo permanente.

5.1. ¿Cómo funcionan los conflictos bioéticos para Maliandi?

Con el advenimiento de los avances científicos y tecnológicos, los problemas bioéticos se aumentaron, observándose inconvenientes para abordarlos, y los “principios” éticos (o bioéticos) tradicionales encuentran dificultades para su aplicación, y algunos no los utilizan y usan criterios diferentes. Los autores de esta obra no comparten dicha opinión porque expresan que los principios están en la estructura misma de la razón. Así las cosas, si se quiere obrar de forma racional o razonable, se debe utilizar los principios. Aquí lo desconcertante y perturbador, ya sea para la teoría como para la práctica de la bioética, es que se han aumentado, lo cual se ha observado desde la visión teórica y la reflexión filosófica en relación con la razón y la conflictividad, y el otro desde desde la práctica médica asistencial. Los autores de la presente obra unen sus esfuerzos para hacer una propuesta de fundamentación y aplicación de “principios bioéticos” (Maliandi y Thüer, 2008, p. 8).

“Entonces los conflictos son una forma de interrelación, con infinidad de variantes que determinan la complejidad| característica tanto del ámbito biológico tanto como en lo social” (p. 147). Además de ello, junto con los conflictos hay factores anticonflictivos, manifestados en todo lo que tiende al orden, a la organización a sistematización, conclusiones provisionales sobre estructuras conflictivas

Para Maliandi hay muchos tipos de conflictos, y una forma de estudiarlos es mediante la “estructura conflictiva”: la sincrónica (entre la universalización y la individualización) y la diacrónica (entre la conservación y la realización), dualidad que es el eje de la ética convergente.

Para él la conflictividad es: una cualidad de todos los conflictos, la posibilidad de conflictos, una estructura o sistema cuyos elementos son conflictivos, una situación en la que

tienen realidad los conflictos y finalmente es una cualidad del mundo real. También afirma que los conflictos concretos y empíricos presuponen un "*a priori* de la conflictividad". La ética convergente intenta conciliar la fundamentación de normas morales con el reconocimiento de la conflictividad radical del *ethos*. En referencia a la filosofía, esta ha dado cuenta de las dos oposiciones (universalidad-individualidad y permanencia-cambio).

La ética como disciplina filosófica ha tenido la difícil tarea y gran responsabilidad de explicar el sentido de los fenómenos morales, específicamente de las apreciaciones y las normas que van unidas en cuanto a dos cosas: 1) juzgar, apreciar o ponderar en la interacción social las conductas, y 2) las valoraciones acerca de cómo debería ser esa interacción. Explicar los fenómenos morales hace referencia a esclarecer los conceptos de "bien" y de "deber", difícil tarea y con muy pocos o ningún fruto (Maliandi y Thüer, 2008, p. 13).

De otro lado, las apreciaciones de Darwin (citado en Maliandi y Thüer, 2008, p. 30) muestran que no era un "darwinista social", puesto que no tenía ninguna propuesta de cómo debería ser la sociedad humana. Dicha corriente llevaba ese nombre porque apoyaban las ideas darwinianas de los más aptos, lo cual justifica la opresión de los fuertes hacia los débiles, la de los ricos hacia los pobres o la de los colonos hacia los nativos. Según dicha concepción, al tomar esta dirección se destruye el concepto de "moralidad" que acotó Kant (citado en Maliandi y Thüer, 2008, p. 32). Para los etólogos este concepto intenta hacer una compensación cultural a la falta de equilibrio etológico natural y lo hace mediante la técnica, que, a su vez, "dio al hombre el poder de destrucción de sus congéneres". De esta forma se rompe el equilibrio natural que tienen las especies respecto a sus instintos de represión de conductas agresivas cuando compiten por recursos limitados y las probabilidades orgánicas de ejercer dichas conductas.

Así mismo, es importante recordar que la *ética convergente* presenta en su teoría la fundamentación discursiva al unir su problema con el de la conflictividad, aspecto importante para los fines de la aplicación práctica de los principios bioéticos puesto que dicha articulación es lo que más interesa. De otro lado, si se admite el carácter apriorístico y la bidimensionalidad de la razón (fundamentación y crítica), se identifican entonces dos pares de principios: universalidad-individualidad (conflictividad sincrónica) y conservación-realización (conflictividad diacrónica), que se corresponden en el caso de la fundamentación

con la universalidad-individualidad, y en el de la la crítica con la conservación-realización (p. 113).

De otro lado, la “composibilidad” significa la armonización entre principios en la situación de un acto. Respecto al paradigma de aplicabilidad de las normas, el de la convergencia recomienda un criterio para aplicar los principios que se deducen de la estructura misma de la razón, admitiendo la bidimensionalidad, considerados los principios presupuestos básicos para la argumentación en un discurso práctico.

5.2. ¿Cómo el funcionamiento del marco normativo del THS, especialmente la PNTHS, posibilita que existan unos conflictos bioéticos en los estudiantes en las prácticas formativas?

Es importante recordar que la unidad de análisis del presente trabajo se estructuró teniendo como eje central el marco normativo que orienta las prácticas formativas del talento humano en salud (THS) desde los años noventa, cuando entró en vigencia la Constitución Política de 1991, hasta el 2021. Se tomó especial relevancia en la Política Nacional del Talento Humano en Salud (PNTHS) (2018), realizada por la Dirección del Talento Humano en Salud-Ministerio de Salud, a través de la teoría bioética de Ricardo Maliandi como unidad de observación con los resultados obtenidos con la metodología del análisis crítico del discurso (ACD) de Teun Van Dijk del citado marco normativo. Por medio de estos instrumentos teóricos y metodológicos, se develó que dicho marco normativo tiene un control orientador a nivel discursivo, en el que se ejerce un abuso de poder que favorece a los más poderosos, causando exclusión y discriminación de los más débiles, y no prevé la conflictividad ética y bioética de los estudiantes en los escenarios de práctica (hospitales y clínicas, públicos o privados) o en los hospitales universitarios reconocidos, o sea, instituciones prestadoras de servicios de salud.

La presente tesis investigó sobre los conflictos bioéticos que surgen en las prácticas formativas del THS y que se posibilitan mediante el marco normativo que las rige a nivel legal y las orienta en todas sus acciones, lo cual incluye el trato interpersonal que deben tener en las IPS. A saber, se analizaron los documentos que reglamentan no solo las pautas técnicas y disciplinarias que deben seguir en el universo de la salud, sino también la manera en que deben relacionarse con los agentes dentro de él (pacientes, docentes, administrativos, entre

otros). Al hacer esto, se observó que el marco normativo no prevé el manejo de los conflictos entre los agentes, y dichos conflictos implican una jerarquización del tipo de conflictos ya sea de carácter técnico, comportamental o burocrático.

Lo anterior significa que los agentes que conforman el mundo de la prestación del servicio, incluyendo a los estudiantes, abordan y, cuando es posible, solucionan los conflictos que surgen entre ellos a nivel personal y por nivel de importancia. En consecuencia, los estudiantes en práctica formativa tienen conflictos que se manifiestan mediante la falta de armonía con los otros agentes, pues su tratamiento y búsqueda de solución refleja que no tienen una postura ética y bioética.

A continuación, se presentará cómo al realizar el análisis del funcionamiento del marco normativo referido con el ACD se evidenció en los resultados que las dinámicas de poder, la manera como se ejerce este y como se pueden relacionar sus dinámicas implícitas en el marco normativo con los principios de la teoría de Maliandi y del ejercicio del poder en los diferentes agentes del marco normativo tienen puntos en común con la teoría. De esta manera se obtienen los resultados desde la bioética.

Así, el presente trabajo estableció en el capítulo anterior a través del ACD los puntos problemáticos del marco normativo con categorías de análisis más específicas para clasificar los conflictos bioéticos, las cuales corresponden a abuso de poder, exclusión y discriminación. Ahora se verá qué implica a nivel bioético esto que observé en los resultados. Primero, tendré en cuenta los siguientes esquemas: correlación de las categorías de la teoría-principios cardinales y la correspondencia con el Sistema de la Prestación del Servicio de Salud referenciado en mi trabajo, en el cual los agentes de dicho sistema, orientados por el marco normativo, entran en conflicto al relacionarse en la dinámica de la prestación del servicio de salud. La universalidad corresponde al marco normativo, la individualidad al personal del THS que incluye a los estudiantes en prácticas formativas y a usuarios o pacientes, la conservación a las prácticas formativas y la realización a la formación o educación del THS.

En la anterior correlación (figura 1) se interpreta que los diferentes agentes del sistema de salud entran en conflicto en algunas ocasiones cuando se interrelacionan, puesto que según el marco normativo se tienen niveles jerárquicos de poder e intereses diferentes. La ética de la convergencia reconoce la pluralidad de principios y acepta la *conflictividad a*

priori de estos, que se vincula con el *principio de convergencia*, el cual pide maximizar la armonía entre ellos al buscar apelar a la bidimensionalidad de la razón en sus dimensiones crítica y fundamentadora. En otros términos, se aplica el *principio de convergencia*, entendiéndolo como el esfuerzo de la razón para minimizar los conflictos, o sea buscar el equilibrio o mayor armonía posible entre principios cuando se apliquen (Maliandi, 2010, p. 114).

Principios Cardinales – Sistema Prestación del Servicio de Salud

Correlación

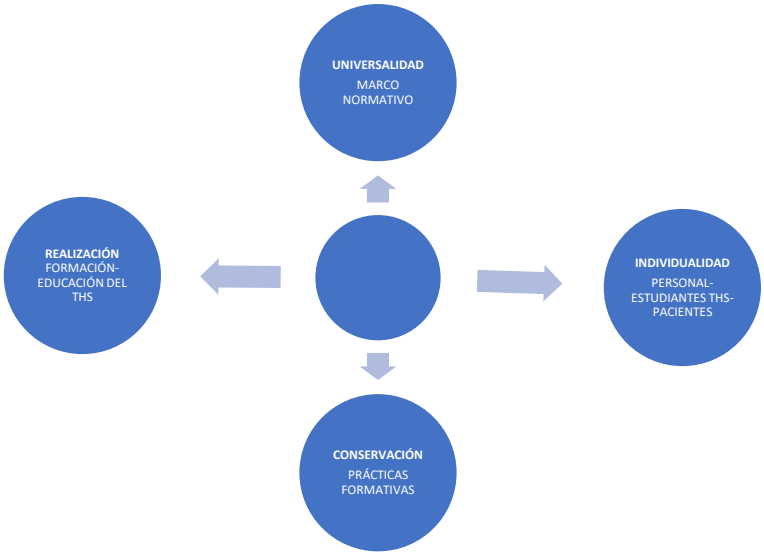

Figura 1. Correlación de principios bioéticos y cardinales

Las categorías del ACD del nivel bioético identificadas se colocaron en reflexión con los conceptos de bioética propuestos por la teoría de la convergencia, y desde su óptica advertimos la correspondencia con los principios bioéticos de Beauchamp y Childress.

Entonces, para establecer la correspondencia de los principios de Beauchamp y Childress con los *principios cardinales*, vemos que los principios de justicia y respeto a la autonomía se vinculan con los de universalidad e individualidad de la conflictividad sincrónica, y, de otro lado, los de beneficencia y no-maleficencia lo hacen con los de

realización y conservación de la conflictividad diacrónica. En la dimensión de la fundamentación, el principio de la universalidad se corresponde con el de justicia y el principio de conservación con el de no-maleficencia, y de perspectiva a la crítica, el principio de individualidad se corresponde con el de respeto a la autonomía y el principio de realización con el de beneficencia (véase tabla 1).q

Ahora bien, con la aplicación de los principios cardinales de la ética convergente que se correlacionan con los principios bioéticos, tengo el insumo necesario para leer a través de la teoría de la convergencia los resultados obtenidos con la metodología del análisis crítico del discurso (ACD) aplicado al marco normativo que orienta las prácticas formativas del talento humano en salud.

Así las cosas, a continuación, se develará que el mercado educativo brinda habilidades técnicas basadas en el conocimiento y las actitudes muy puntuales respecto al manejo y prevención de la enfermedad. Las anteriores, al colocarlas en relación con las competencias que fortalecen el respeto y la reflexión del ser humano (autonomía, beneficencia, relacionamiento y manejo de conflictos), no se sugieren ni se mencionan en el marco normativo. Los conflictos éticos para su manejo se trasladan a las colegiaturas gremiales y a los agentes institucionales que corresponda la aplicación de los reglamentos (Decreto 2376 del 2010).

Segundo, para el análisis del marco normativo, especialmente la PNTH, se tuvo en cuenta todo el contexto que se relaciona con la relación docencia-servicio, puesto que todo el marco está interconectado. Se evidenció que la forma en que está planteada la normatividad facilita que se presenten los conflictos bioéticos entre los estudiantes porque está diseñada para favorecer el comportamiento de los mercados involucrados, que, para efectos de esta tesis, son el mercado laboral, educativo y de prestación de servicio, donde se muestran las categorías de abuso de poder, exclusión y discriminación según el proceso metodológico del ACD realizado en el capítulo anterior.

La PNTHS implícitamente reconoce que hay un problema consecuente con dichas categorías, pero no lo plantea. Es decir, el problema bioético que se ve a través de la PNTHS está basado en una *política del mercado* que les da autonomía y autorregulación a los mercados laboral, educativo y de prestación del servicio de salud, donde cada uno vela por sus propios intereses y son en su mayoría entes privados. Este tejido fino que entrelaza la

normatividad está interconectado para ejercer poder y beneficiar a los más poderosos. Las normas aquí contempladas de los sectores salud y educación se enmarcan desde la Constitución Política de 1991, teniendo una mayor relevancia la Ley 100 de 1993 que reformó el sistema de salud, atendiendo a una reforma social y económica de internacionalización de la economía colombiana, la Ley 1164 del 2011, el Decreto 2376 del 2010 y especialmente la PNTH del 2018.

Así las cosas, veremos a continuación a la luz de la teoría de la convergencia los resultados del análisis ACD del marco normativo, especialmente la PNTHS, enfocados en la estructura de esta, que para efectos de la presente tesis se presentará a través de los mercados laboral, educativo y de prestación del servicios de salud. Como se manifestó en el capítulo anterior, se centró en la interrelación de los agentes de dichos mercados con el sistema de prestación del servicio, porque este es el contexto es donde realizan los estudiantes sus prácticas formativas.

Según lo anotado por Maliandi respecto a las dinámicas del poder, estas tienen un largo y complejo trasfondo desde la etología, pasando por el darwinismo social y por la actual aplicación a la globalización económica, cuya apreciación se relaciona con los resultados obtenidos a través del análisis crítico del discurso en cuanto a los puntos problemáticos a nivel bioético del marco normativo.

Los conflictos a *priori*, en cambio, son inevitables e insolubles, no tiene objeto pensar en una solución, porque solo son las formas generales presentes en todos los conflictos reales o posibles. “En ellos no se enfrenta nadie en particular (como ocurre en los conflictos de intereses o de opiniones) sino que se enfrenta los *principios* que se hacen valer para la solución de conflictos” (Maliandi y Thüer, 2008, p. 117).

Ahora bien, se identifican los conflictos éticos y bioéticos entre lo universal, que hace alusión a las normas que rigen los diferentes sectores citados (marco normativo), y lo individual o particular de cada agente (personal del THS-estudiantes y pacientes), al igual que entre la conservación, que corresponde a lo que debe continuar (prácticas formativas), y la realización, que se entiende como lo que puede mejorar (formación-educación del THS), que emerge o está implícito en el marco normativo que orienta las prácticas formativas. Se observó a través del prisma de la teoría de la convergencia la relación del mercado laboral, educativo y de prestación de servicios que determina, el primero, a quién y cómo contratar,

el segundo, cómo educar a los estudiantes del THS, y el tercero, cómo prestar el servicio de salud.

En el citado marco se relacionan los agentes del gobierno, personal del THS-estudiantes, formadores o representantes de la instituciones educativas, instituciones de prestación de servicios en salud y usuarios o pacientes. Al poner en diálogo las categorías de análisis de la teoría de la convergencia con el marco normativo, se observó que la exclusión, discriminación y abuso del poder se manifestaron ya que en los aspectos de aplicación de la norma van a discreción de cada mercado, que actúa independiente en uso de su autonomía, propia dinámica y autorregulación. Ahora bien, para correlacionar los aspectos que integran el análisis de mi trabajo, enmarcaré los principios de la siguiente manera:

La *universalidad* para el autor corresponde a lo sincrónico y a las discusiones, por ejemplo, de igualdad de derechos. Aquí se hicieron evidentes los conflictos bioéticos en el marco normativo porque a pesar de la norma, en el mercado laboral, educativo y de prestación de servicios sus ejecutores propician la desigual; en el primero, porque se abusa del poder y se contrata según sus intereses económicos; de diferentes maneras en un mismo servicio se realizan iguales actividades pero unas personas son contratadas de planta y otras en modalidades que generan inestabilidad laboral y estancamiento en su desarrollo profesional. Esto causa un detrimento económico y personal, lo cual se concreta en un trato desigual e injusto. De otro lado, hay poco reconocimiento a los profesionales de la salud no médicos a nivel disciplinar a pesar de ser parte del equipo de salud con objetivos muy importantes, y a nivel económico, ya que los salarios distan significativamente de los de los médicos.

Entonces, para que la acción se haga de modo que puede valer universalmente (Kant citado en Maliandi Thüer, 2008, p. 50), se debe “universalizar la propia máxima”. Como es un principio de fundamentación, cuando aparece en lo teórico rechaza la contradicción y cuando aparece en lo práctico rechaza la conflictividad. Él es la exigencia racional de *unidad en la multiplicidad* que corresponde en lo teórico a la capacidad de *advertir lo común en lo diferente*, por eso es el presupuesto indispensable en toda comparación para hacer investigación científica y proposición moral (Maliandi, 2013, p. 65).

Sin embargo, en la aplicabilidad de la norma se genera tensión entre la universalidad y la individualidad al entrar los principios en conflicto. Según la forma de oposición, se pueden observar dos tipos de conflictos, teniendo en cuenta la dirección de las unidades: la

colisión y la desavenencia; la primera causa exclusión porque no hay forma de integración, la segunda es una forma de divergencia, que causa el alejamiento de las unidades para evitar el conflicto o choque, que genera definitivamente la exclusión. Así las cosas, donde hay "dominantes" y "dominados" o "vencedores" y "vencidos", el conflicto no se ha resuelto sino disuelto, lo que equivale a un nuevo conflicto (p. 69). En este orden de ideas, el "principio de convergencia" es la meta que significa la maximización de la armonía entre los principios cardinales; esta armonía convergente significa la integración de las diferentes posturas o de las "estructuras conflictivas o de las dimensiones de la razón" (pp. 72-73).

De igual manera sucede en el mercado educativo que es heterogéneo, diversificado y jerarquizado; se enfatiza su carácter mercantil porque este vende diferentes programas en las áreas de la salud con altos costos, según la PNTH, sin tener en cuenta las necesidades del mercado laboral, por esto se identifica por ser un bien transable e intermediado por el mercado laboral que depende de este para la producción de personal sanitario. La relación con este no es simétrica y la información del mercado educativo no es oportuna ni está alineada con la del mercado laboral. Ahora bien, según la PNTH, el mercado laboral manifiesta que egresan profesionales de dichas instituciones educativas que no tienen las competencias requeridas por el mercado. También se observó en el marco normativo que orienta las prácticas formativas que no se prevé el manejo de dichos conflictos, competencia que el mercado educativo se ve que maneja de manera débil, a pesar de estar implícitos los conflictos en forma permanente en el marco normativo. Finalmente, es pertinente repetir que el mercado laboral no ofrece condiciones mínimas de crecimiento personal, laboral y profesional.

Es importante tener en cuenta que en todas las especies los individuos necesitan vivir juntos, por ejemplo, para cazar, emparejarse, migrar, esquivar a los depredadores, etc. Entonces aparecen inevitablemente conflictos que generalmente se disuelven por el éxito de los más fuertes, lo cual da lugar a las jerarquías que asignan un sitio a cada uno y un grado de poder. Por otra parte, lo que conocemos como "moralidad" o "*ethos*" es un fenómeno cultural, entonces lo "ético no es natural sino cultural". En consecuencia, el *ethos* es un fenómeno conflictivo en dos sentidos con la naturaleza, tratando de proteger al más débil en aras de la justicia, y, segundo, designa conflictos humanos propiamente a los sociales, políticos y psicológicos, entre otros, teniendo en cuenta que el conflicto no desaparece, pero

sí se puede atenuar (Maliandi, 2010, p. 75). Entonces desde la mirada de la ética convergente, es claro que el poder otorga el éxito al más fuerte y posibilita su abuso sobre algunos agentes que se encuentran en posición de debilidad, donde la afección y la tensión se generan en lo particular o individual.

Respecto a la *universalidad* en el mercado de prestación de servicio, las normas operan de igual manera en beneficio de los intereses del mercado a cargo que vela por sus interés y dinámica. Según la PNTH, está a cargo en un 90 % del sector privado, que se ocupa del mercantilismo e implícitamente habla del sistema neoliberal. Así las cosas, el gobierno ha facilitado a los mercados su éxito en las ventas de servicios que se realizan en las diferentes instituciones prestadoras de servicios de salud, algunas de las cuales también son escenarios de práctica y hospitales universitarios donde están los estudiantes del THS en sus prácticas formativas, por tal motivo son parte de la prestación del servicio.

Dicho servicio se presta a unos usuarios o pacientes que tienen diferentes categorías, según el nuevo modelo de salud, donde los más pobres y habitantes de las regiones rurales y alejadas no reciben la atención o reciben la atención según lo definido por las IPS. Con dichas acciones se puede afectar la resolución en términos de salud de los usuarios y desempeño resolutivo del personal de salud, quienes toman su responsabilidad ética y civil de manera confusa. Dicha prestación atiende al costo-beneficio de la prestación del servicio, entonces se ve vulnerado el derecho a la salud para algunos agentes, y se genera su *exclusión y discriminación*.

Entonces, se develó en el análisis de la normatividad, que según la lectura de la teoría de Maliandi, existen conflictos bioéticos entre *la universalidad y la individualidad*. En este principio se actúa según los valores de la personalidad de cada uno, corresponde a lo sincrónico y a las *particularidades*, a lo único e irrepetible, lo situacional (Maliandi y Thüer, 2008, p. 50). También lo individual y diferente es un principio que se opone a la exigencia del reconocimiento de la universalidad y se considera por sí mismo con reconocimiento universal. Su oposición al universalismo radica en el "criterio que *sólo* lo universal puede ser moral, o sea al monopolio de la universalidad".

Este principio es mediante el cual se defienden a los hombres concretos respecto a toda la idea abstracta de "Hombre" y se "obliga a defender lo *humano* frente a lo que amenaza la *humanidad*", por eso podemos decir que es lo *crítico* en una estructura *sincrónica*

(Maliandi, 2013, pp. 66-67). En consecuencia, está representado en la presente tesis por el personal del talento humano en salud, que incluye al personal en formación, que es único e irrepetible, siendo la piedra angular de la prestación del servicio de salud que entra en tensión con otros agentes, quienes están cuidando sus intereses mercantilistas. Para Maliandi, lo particular se ve afectado algunas veces por la universalidad. En el caso de la presente tesis, por la estructura normativa y su aplicación por los poderosos, se observa que se dejan de lado algunas veces las necesidades particulares de algunos agentes, lo cual ocasiona tensión entre los agentes del sistema de salud, llevando a conflictos que se perpetúan porque su solución dista ya que obedece al abuso de poder, a la exclusión y a la discriminación.

Entonces, para resumir, el marco normativo rige los mercados laboral, educación y prestación del servicio en salud en Colombia, está construido e interrelacionado cuidadosamente para que su delicado tejido se interconecte de manera jerarquizada y facilite el autoritarismo y el abuso del poder. Este se manifiesta con extrema naturalidad dada la interpretación según los intereses de los diferentes mercados, haciéndose visible la exclusión y discriminación de los agentes más débiles en dicha relación (personal del talento humano en salud, estudiantes y usuarios o pacientes) en torno a un sistema de mercantilismo propuesto desde la política pública nacional e internacional que favorece al sistema privado, político de globalización y neoliberalismo reinante.

Así las cosas, el talento humano en salud acepta los diferentes tipos de contratación por parte de las IPS por necesidad, así vayan en detrimento de sus aspiraciones profesionales y estabilidad laboral. Por su lado, los estudiantes de las áreas de la salud asumen altos costos de matrículas; las instituciones educativas ofertan múltiples programas aunque el mercado de prestación de servicios no requiere algunos de ellos; de otro lado, las IPS algunas veces refieren que los estudiantes no tienen las competencias que requiere el mercado de prestación del servicio; el agente usuario o paciente recibe la prestación del servicio o no dependiendo de la IPS, cuya calidad va según su dinámica e intereses económicos (costo-beneficio) no según las necesidades del paciente en su propio contexto.

Lo manifestado en párrafos anteriores tuvo como finalidad reflejar que los conflictos éticos y bioéticos analizados desde la mirada de Maliandi causan entre la universalidad y la individualidad una tensión permanente, puesto que la individualidad es representada por los agentes personal sanitario, incluidos los estudiantes y pacientes, que solo tienen la alternativa

de acatar la norma. Así, este círculo vicioso de abuso de poder, exclusión y discriminación se perpetua a pesar de los retos propuestos en la PNTH, como el nuevo modelo de salud, favorecer el reconocimiento al personal sanitario no médico y ajustar competencias para la formación del TH, las cuales se limitan a mejorar las competencias técnicas pero no citan las éticas para el manejo de los conflictos que se manifiestan en los escenarios de práctica.

En consecuencia, la universalidad puede aludir tanto a lo activo (el mismo deber para todos) como a lo pasivo (los mismos derechos para todos) (Paton, citado en Malidandi y Thüer, 2008, p. 56). Habla de la humanidad como "fin en sí misma", haciendo referencia a que la universalidad no marca desde la perspectiva del agente, sino más bien desde la perspectiva del paciente de la acción. En este caso, la validez universal de un deber u obligación no significa que todos deben respetarla, sino que no se debe generar la diferencia entre los posibles beneficiarios de la acción; algo similar ocurre con el principio de individualidad, actuar "según los valores de la propia personalidad" con la exigencia de respetar las diferencias (p. 56).

El autor cita la propuesta apeliana en cuanto a la ética del discurso que hace referencia a un "complemento" de alguna selección empírica (inductiva) que tiene valores comunes para una ética universal (o "global"); ella puede "complementar" las propuestas empíricas y lo para distinguir el lado claro de estas últimas y superar, a la vez, el denominado "lado oscuro", es decir, su ineludible vecindad con las posturas irracionales o escépticas (Maliandi y Thüer, 2008, p. 270). No obstante, desde la ética convergente se da un paso más mediante la adopción de un principialismo pluralista (lo hecho también, por ejemplo, en el campo de la bioética), admitiendo el carácter *a priori* de esos principios.

Dichos principios están necesariamente presentes en la moralidad, y señalan en esta su estructura conflictiva, en las relaciones interculturales e intraculturales. Los cumplimientos entre ellos son incompatibles y, por tal motivo, se necesita encontrar una *maximización de la convergencia*, que implica favorecer su salvación sobre su "realización", haciendo esto de forma gradual (p. 270). Así las cosas, por ejemplo, la ética médica debe diferenciar entre las características positivas y negativas de la globalización. Unir estos últimos a la relación del acto médico es una tarea cada vez más complicada, porque ya no es solo la relación médico-paciente, sino que esta se integra al impacto de los intereses financieros de este agente (que aporta los recurso económicos).

Entonces, el poder económico le da al agente financiero la posibilidad de decidir en aspectos no solo económicos, sino también médicos y éticos. Por ejemplo, en un modelo de beneficencia, el médico decide hacer determinado procedimiento, pero el responsable de autorizar los recursos no lo hace, entonces ni el médico ni el paciente tienen decisión en el acto. De igual manera, cuando el paciente ejerce su autonomía respecto a determinado procedimiento y el médico accede a realizarlo, si no es aprobado su derecho a la autonomía no se puede cumplir.

Lo anterior se aclara para explicar que los aspectos éticos de la práctica médica quedan supeditados al factor económico, aspectos que han definido los grupos económicos responsables de la financiación de la atención médica, asignando determinadas partidas a un número de procedimientos en salud. Entonces, el paciente y el médico no pueden ser considerados individualmente sino un "pool" de pacientes y un *"staff"* de médicos (p. 271).

Según el problema manifestado, la globalización produce algunos efectos negativos a los sistemas de atención médica, pero también hay efectos positivos como los avances científicos en tecnología para aplicar a los tratamientos médicos. Así mismo, gracias a las comunicaciones se logra información de mayor contenido y actualidad para pacientes y profesionales, lo cual permite ampliar las opciones y posibilidades de todos los participantes en el acto médico. En consecuencia, el proceso globalizador debe dirigir su atención a resolver algunos temas que influyen en los modelos bioéticos de atención médica, su conveniencia y sus efectos. Entonces corresponde buscar un consenso mínimo entre todas las partes involucradas en el acto médico.

Este modelo debe servir como guía para brindar a los pacientes una atención en salud que satisfaga y beneficie su salud, a los médicos para poder proceder según su responsabilidad moral, conforme a su saber científico, y a los administradores de salud para velar por la salud de los pacientes y no solo los aspectos financieros de sus empresas. Según lo anterior, esta es la situación ideal y corresponde a todos los involucrados encontrar la forma de aproximarse a dicho modelo y ceder en algo a pesar de sus propios intereses. La búsqueda de "pautas mínimas" es empírica y, por tanto, sometida a las restricciones ya señaladas para el "minimalismo" en general. Este argumento debe articularse con la fundamentación *a priori* y con el reconocimiento de una conflictividad.

Es importante advertir que el impacto en los modelos de atención en salud vigentes exigen por cuenta de la globalización una reformulación, también de los principios bioéticos que los fundamentan, lo cual constituye una tarea a largo plazo y difícil. “La ética convergente ofrece, en tal sentido, una propuesta alternativa, que puede cotejarse con otras” (Maliandi y Thüer, 2008, p. 272). Entre tanto, como los recursos tecnológicos y económicos proceden de los países desarrollados, puede deducirse que los cambios que se ocasionen sean a semejanza y en beneficio de estos países porque, “como afirma Landelius, la globalización es para todos, pero (por ahora) no es igual para todos” (Landelius, 1998, citado en Maliandi y Thüer, 2008, p. 272).

Para determinar los conflictos éticos y bioéticos que están presentes en el marco normativo entre la conservación y la realización, según la lectura del autor *la conservación* es un principio que corresponde a la fundamentación y representa la estructura diacrónica de esta dimensión. Es la exigencia racional de permanencia o conservación, o sea, el rechazo al cambio, puesto que la fundamentación requiere consistencia, coherencia y permanencia. La conservación y la realización tienen inmersas las categorías de abuso de poder, exclusión y discriminación, puesto que hacen referencia a los mercados laboral, educativo y de prestación de servicios, recordando que son autónomos, autorregulados y que obedecen al mercantilismo. El principio de conservación es extrapolable a la necesidad de mantener las prácticas formativas del talento humano en salud que se realizan en las instituciones prestadoras de servicios de salud, y son el recurso de aprendizaje en contextos reales para los futuros profesionales. Las prácticas son el eje angular de la formación y se deben conservar.

A la luz de la teoría de la convergencia, se evidencia que lo social es conflictivo y a través de la historia de la formación del THS se han desarrollado varios modelos de aprendizaje que han tenido transformaciones según las tendencias normativas que tienen una influencia internacional que a veces dista de la realidad nacional. Aquí los conflictos constituyen unos nexos y luego dicha relación da lugar a los plexos, desde donde se desprenden conflictos que posiblemente se diluyen pero causan nuevos conflictos. Entonces, a través de las prácticas formativas que obedecen a los lineamientos del Decreto 2376 y la evaluación de los escenarios de práctica al Acuerdo 03 del 2003, se evidencia que antes la formación médica tenía influencia europea, por eso no estaba separada de la prestación del servicio y muchas escuelas dependían de los hospitales. Actualmente, la influencia es

americana y la educación depende de las universidades, lo cual ha favorecido la presencia de conflictos al interactuar el mercado educativo con el de prestación del servicio.

Las prácticas formativas se deben conservar porque de esta forma se aprenden las habilidades para la prestación del servicio, que, junto con las competencias teóricas, se reflejan en la atención adecuada al usuario. Aquí se suman las competencias del ser y del saber hacer, entonces, en palabras de Maliandi, lo bueno sí existe y debe conservarse. Entonces, en esta conceptualización de la relación docencia-servicio se presentan conflictos, porque los agentes personal del THS, que ejecutan también las acciones de docente, mantienen en tensión con el agente contratista de la IPS y con el agente usuario, quien recibe tratamiento según lo estipulado por el prestador del servicio. Es en este escenario donde el estudiante se puede ver abocado a materializar los conflictos éticos y bioéticos por un estallido de múltiples tensiones de diferentes agentes.

De otro lado, también se genera un conflicto por la desconfianza de los docentes de la IPS con los de la IES y con autoridades de esta por discrepancias entre los conceptos teóricos, prácticos, y formativos, al igual que a nivel de pertinencia del estudiante. Aquí se ve la tensión entre la conservación y la realización, y se observa que el sector educativo está centrado en la propuesta de nuevos programas y desarrollo de competencias técnicas e instrumentales, que dinamiza a través de un convenio docencia-servicio con una IPS; sus conflictos los resuelve mediante el reglamento de la IES articulado con el de la IPS. Se observó que en dicho marco educativo no se contemplan los conflictos éticos y bioéticos de los estudiantes que se puedan presentar en los escenarios de práctica. Según el autor, la realización aplica a la renovación que, para la presente tesis, sería la formulación de modelos de educación que favorezcan el acercamiento entre la academia y la asistencia.

Finalmente, reafirmo que para Maliandi hay muchos tipos de conflictos, y una forma de estudiarlos es mediante la “estructura conflictiva”: la sincrónica (entre la universalización y la individualización) y la diacrónica (entre la conservación y la realización); esta dualidad es el eje de la ética convergente. De igual manera, se conjugó los resultados de los puntos problemáticos del marco normativo a partir del ACD con una lectura desde la ética convergente.

III. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

CAPÍTULO 6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El marco normativo que orienta la prestación de las prácticas formativas del talento humano en salud se relaciona en el contexto de la prestación del servicio a través de los mercados laboral, educativo y de servicios. Así las cosas, ellos funcionan en forma independiente e interpretan las normas según su criterio y autonomía en aras de velar por sus propios intereses económicos. Dicho funcionamiento hace que entren en conflicto los diferentes agentes ya que algunos de ellos abusan del poder del cual están investidos y otros son discriminados y excluidos al tener que atender a lo impuesto por el sistema mercantilista.

Hay desigualdad por los elementos de poder del marco normativo hacia el personal sanitario y hacia los usuarios o pacientes, los cuales, a pesar de estar en desventaja, no tienen otra opción que cumplir la norma sin ninguna discusión. Según la PNTHS, el personal sanitario no manifestó objeción formal al cambio realizado a la salud en la Ley 100 de 1993, sino que se dio a la tarea de cumplirla automáticamente, incluso algunos sin el conocimiento de esta. La PNTHS estableció como reto algunas mejoras a dicha normatividad, proponiendo las competencias técnicas de los estudiantes según la necesidades de la prestación del servicio y su ubicación geográfica, acciones pendientes por cumplir por parte de la IE, lo cual implica modificación de su currículo y el reconocimiento a otros profesionales de la salud no médicos por su trabajo relevante en los equipos de salud.

Las normas se entrelazan como un tejido fino y se interconectan para ejercer el poder y beneficiar a los más poderosos; funcionan tan alineadas que el sistema mercantilista de la prestación del servicio favorece para que lleguen al conflicto los diferentes agentes. Se leyó a través de los ojos de Maliandi los resultados del ACD del marco normativo al analizar los conflictos éticos y bioéticos implícitos que orientan las prácticas formativas del THS, utilizando como texto principal la Política Nacional del Talento Humano en Salud (PNTHS), y como textos secundarios, quince normas del sector salud y educación. Encontré, en primer lugar, que se establecieron a través del ACD los puntos problemáticos a nivel bioético del marco normativo y luego a la luz de la teoría de la convergencia se identificaron los conflictos éticos y bioéticos entre la universalidad y la individualidad, la conservación y la realización implícitos en dicho marco.

Para adelantar dicho análisis y determinar cómo contempla el marco normativo los conflictos éticos y bioéticos de los estudiantes en las prácticas formativas, fue imperativa la revisión del contexto de la prestación del servicio de salud en Colombia, que se mueve a través de diferentes mercados como el laboral, educativo y de prestación de servicios, porque allí es donde se relacionan los diferentes agentes del mundo de la salud y en esos escenarios es donde se presentan los conflictos éticos y bioéticos.

La teoría propone la dialogidad de la razón para minimizar los conflictos. Para efectos de esta tesis, dicho diálogo es complejo, puesto que en el contexto de la prestación del servicio es el escenario donde se realizan las prácticas formativas y donde cada mercado tiene sus propios intereses, dinámica y regulación, y trabaja aisladamente el uno del otro. Se encontró en el presente análisis que los conflictos éticos y bioéticos de los estudiantes en PF tienen su origen en el marco normativo, especialmente en la Ley 100 de 1993, que cambió el modelo de prestación de servicio y, según la PNTHS, dio autonomía y autorregulación a los mercados laboral, educativo y de prestación del servicio, cedió el 90 % de la prestación del servicio a los privados y descentralizó la salud pública con poca intervención del Estado como autoridad, estudios que soportarán el nuevo modelo.

También favoreció su regulación y facilitó que cada uno de los mercados dentro de sus dinámicas favorecieran sus intereses especialmente económicos, lo cual también se adelantó con poca supervisión o intervención del gobierno central, situación reafirmada en la PNTHS. Por tal motivo, la dinámica mercantilista de los agentes que dirigen la prestación del servicio afecta especialmente al personal del THS, que incluye a los estudiantes y a los usuarios o pacientes.

Así las cosas, el empleador contrata al personal sanitario mediante modalidades que van en detrimento de su estabilidad laboral, económica y crecimiento profesional. Las IE deciden cómo educar a los estudiantes, pero no cuentan con estudios que puedan determinar cuáles y cuántos profesionales necesita el sistema en los diferentes niveles de atención, generando programas que el mercado no requiere y un número de graduados que en algunas ocasiones es alto, otras bajo respecto a los profesionales que requiere el prestador. Esta se queda corta en competencias que requiere la prestación del servicio y los prestadores del servicio se limitan al igual que las competencias. El marco normativo desde la prestación del

servicio de salud en Colombia es de índole mercantilista, donde el agente a cargo espera las máximas ganancias, connotación que fue dada por la normatividad.

La teoría de la convergencia o de la conflictividad de Ricardo Maliandi se aplicó en el presente trabajo por considerarla innovadora y especializada en el tema de los conflictos éticos y bioéticos. Mediante sus principios cardinales, pude identificar los conflictos que emergen o están implícitos en el marco normativo de las prácticas formativas del THS; propone una bioética que busque equilibrios, pero, del mismo modo y con ocasión del a priori de la conflictividad, esta trata de manifestar una realidad indeterminada qué sucede con el *ethos* y en las relaciones mutuas sociales, generando una situación difícil que ocasiona una incomposibilidad de los diferentes equilibrios. Así las cosas, el desequilibrio ecológico es compensado con la técnica, y esta situación causa un desequilibrio etológico.

Para mejorar la situación aparece la moral, que no puede mejorar la situación totalmente, por el contrario, a mayor tecnología mayor desequilibrio. Lo anterior revela que los diferentes equilibrios ecológico, etológico, económico y ético se alteran entre sí, se pierden con frecuencia y con dificultad se recuperan a costas el uno del otro (Maliandi y Thüer, 2008, p. 262). Es importante advertir que el impacto en los modelos de atención en salud vigentes exige por cuenta de la globalización una reformulación, al igual que la de los principios bioéticos que los fundamentan, lo cual constituye una tarea a largo plazo y difícil: “La ética convergente ofrece, en tal sentido, una propuesta alternativa, que puede cotejarse con otras”.

Esta tesis da cuenta de que los conflictos éticos y bioéticos de los estudiantes del THS en las prácticas formativas no están contemplados en el marco normativo que las orienta. Se estableció a través del ACD que hay desigualdad por los elementos de poder del marco normativo, encontrando los puntos problemáticos a nivel bioético enmarcados en las categorías de abuso de poder, exclusión y discriminación. Las normas las hace el establecimiento según su ideología y alineación con las normas internacionales que le son convenientes. Ellas son discurso que entre líneas e implícitamente, a pesar de mostrar que su interés es la justicia social e igualdad, genera desigualdad, abuso de poder, exclusión y discriminación, que en el análisis bioético se reflejó en una tensión entre los principios cardinales.

Los conflictos son interrelaciones que pertenecen a un sistema y establecen contradictoriamente el camino hacia la separación de dicho sistema. De tal suerte, las partes de la relación conflictiva no se unen sino que se alejan, ocasionando la fractura de la unidad; incluso en este caso hay una "relación o nexo" denominada "relaciones discordantes".

Para el autor, lo inverso del conflicto es la "concordancia" o "armonía". Entonces todo lo que contribuye con la armonía inhibe la conflictividad y viceversa. Los conflictos se relacionan en el modo de la "divergencia" y la armonía se relaciona mediante la convergencia (Maliandi, 2010, p. 24). Los conflictos suelen ser dinámicos y complejos, por ello establecen relaciones de divergencia, entonces cuando se analiza el marco normativo que orienta las prácticas formativas el THS, específicamente los conflictos éticos y bioéticos implícitos en dicho marco, se observa que se pueden presentar conflictos entre principios. El conflicto y la armonía a veces conviven y se limitan mutuamente; por un lado, se tienen relaciones armónicas y por otro lado conflictivas. La armonía es la ausencia de conflicto y el conflicto es la ausencia de armonía. Para inhibir la conflictividad se requieren factores que estimulen la armonía (p. 25) y esto no significa suprimirla.

Ahora bien, se refleja en la investigación el funcionamiento del sistema capitalista mediante la globalización, que no siempre es justa para todos, como diría Maliandi. De otro lado, se vincula el discurso al poder según Foucault (1979) porque las prácticas discursivas ejercen poder en todos los sentidos, con contenidos de afirmaciones e intención manipuladora. Al referirse a la relación de poder, afirma:

> Este es el problema que determina prácticamente la totalidad de mis libros que están dotados de verdad por lo menos por cierto tiempo y están vinculados a las instituciones sociales. Por esto es tan importante saber quién lo ejerce, sobre quien lo ejerce y con qué medios.

Por otra parte, luego de observar la realidad y la poca posibilidad de minimización de los conflictos bioéticos entre los principios cardinales de Maliandi, que se encuentran implícitos en el marco normativo que orienta las prácticas formativas, solo puedo recomendar que la institucionalidad —entendida como el gobierno— estudie, contemple e incorpore el manejo de los conflictos en las futuros ajustes que se hagan a la normatividad vigente, y que se mejore la formación en bioética del personal en salud. Esto último puede lograrse, primero, cautivando e interesando a los estudiantes con la temática bioética asociada a la vida personal y profesional, y, segundo, integrando o combinando a las clases magistrales casos prácticos

o de la vida real. De esta manera, los estudiantes podrán asimilar e interiorizar con profundidad la sabiduría, las bondades y los beneficios de la bioética y no verla como una asignatura más, procurando que siempre antepongan en su formación y posteriormente en su ejercicio profesional "el ponerse en los zapatos del otro", para que así puedan convivir mejor con las tensiones que día a día, según el marco normativo, encuentran en los escenarios de práctica. De esta recomendación final me surgen algunas inquietudes y reflexiones: ¿los profesionales del THS —primordialmente los médicos— que ejercen la docencia y son formadores, cuentan con la suficiencia formativa en bioética y una sana salud mental?, ¿para ejercer la docencia solo se repara en la experiencia, el buen nombre o relativo éxito del profesional del THS y en una especialización en docencia?, ¿se surte algún filtro del perfil psicológico, psiquiátrico o mental del docente antes de nombrarlo o etiquetarlo como tal?, ¿ha llegado el momento de revisar o replantear la vieja e imperante escuela de las especialidades médicas en Colombia? Considero que detenerse y ahondar en estas inquietudes puede dar lugar a sorpresas y mostrar una arista más de la causa raíz de los conflictos, toda vez que no todo buen profesional necesariamente es buen docente y viceversa.

Para finalizar, los resultados y conclusiones de mi tesis doctoral los resumo así:

- El marco normativo no contempla los conflictos éticos y bioéticos de los estudiantes en la PF.
- El conjunto de normas entrelazadas e interconectadas configuran problemas a nivel bioético manifestados en abuso de poder, discriminación y exclusión, y toman forma en relaciones de poder que se expresan en la difícil conexión entre los mercados laboral, educativo y de servicios.
- La aproximación al marco normativo, puso en evidencia la continuación del enfoque técnico desde el marco legal en detrimento de fortalecer la formación de lo humano.
- A pesar de que la PNTHS intentara corregir ciertos puntos de leyes anteriores, especialmente de la Ley 100, su propuesta bioética en términos prácticos sigue siendo deficiente, puesto que no plantea como obligatorio una reforma en los hospitales ni de su enseñanza en las instituciones educativas. Eso no significa que las consecuencias de esa falencia no hayan sido visibilizadas, ya que no solo el estudio previo incluido en la PNTHS,

sino también otros documentos con balances de la situación de los recurso humanos del THS en Colombia han señalado los puntos débiles a nivel bioético.

- El marco normativo refleja aspectos sociales y jurídicos en la atención sanitaria los cuales se representan por los conflictos analizados, así es cómo se revelan que son elementos de carácter bioético.
- Al abordar el marco normativo descubrí que los conflictos éticos y bioéticos se pueden sobreentender.
- En cuanto a la aplicabilidad de los principios cardinales en el caso de los conflictos bioéticos en las prácticas formativas del THS, se encuentra una tensión entre los conceptos de universalización, representada por la norma política-social o las leyes, y de individualidad, encarnado por los estudiantes del talento humano en salud que se encuentran en práctica formativa. Así mismo, se da un conflicto de los principios de conservación y de realización, que se manifiestan en los cambios bioéticamente necesarios a la PNTHS y las normas existentes en materia de salud y educación, puntualmente en la relación docencia-servicio.
- Se privilegia la formación técnica en la formación del THS en relación con la formación en bioética, lo cual constituye un vacío que lleva a la configuración de la conflictividad de los estudiantes en los escenarios de práctica.
- El sistema de salud es de índole mercantilista y neoliberal donde el costo beneficio de la prestación está por encima de la calidad y oportunidad de la prestación del servicio.
- Investigadores como agentes del THS afirman la necesidad de un cambio que fortalezca la formación bioética, para que especialmente los estudiante dispongan de herramientas para enfrentar las situaciones de conflicto en su transición a las IPS.
- Se identificó una resistencia por parte de otros agentes —médicos, docentes, entre otros— de cambiar sus actitudes en el relacionamiento con los usuarios y los pacientes. Se ha mostrado la distancia entre ambas posiciones, representantes de ambos principios, y cómo en el marco legal se ha tratado de disminuir esa conflictividad y cuáles han sido sus falencias, especialmente desde la formación del THS y su transición a las IPS.
- El funcionamiento del sistema de capitales – globalización, no siempre es justo para todos.
- La Ley 100 de 1993 al cambiar el modelo de prestación de servicio dio autonomía y auto regulación a los mercados laboral, educativo y de prestación de servicio; ello, en buena medida dio origen a los conflictos éticos y bioéticos de los estudiantes.

- Se propone incorporar el manejo de los conflictos en el marco normativo.
- Se propone mejorar la formación en bioética cautivando a los estudiantes con esta temática en la vida personal y profesional, combinando las clases magistrales con casos prácticos, lo cual favorece asimilar la sabiduría, bondades y beneficios de la bioética ("ponerse en los zapatos del otro").
- Se propone revisar la imperante escuela de las especialidades médicas y el proceso de selección de los docentes de dichas especialidades; enfatizando en la salud mental, toda vez que ellos son el ejemplo para la buena convivencia y armonía en las prácticas formativas

REFERENCIAS

Argüello Ospina, A. (2009). *Evaluación receptiva, democrática y de empoderamiento de un programa de pregrado de medicina en un hospital universitario de Bogotá* [tesis de maestría inédita]. Universidad de los Andes.

Arango, G. (2013). *Tensiones que emergen entre los tipos de clima ético organizacional y los conflictos éticos que se presentan a médicos y enfermeros en tres IPS de Bogotá* [tesis de doctorado inédita]. Universidad El Bosque.

Así Vamos en Salud. (2015, 20 de octubre). *Corte de cuentas: la descentralización en salud*. https://www.asivamosensalud.org/actualidad/corte-de-cuentas-la-descentralizacion-en-salud

Ayala, D. (2008). *Exclusión, discriminación y abuso del poder en el tiempo del Frente Nacional*. Centro Editorial, Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Nacional de Colombia.

Barrantes, L. (2016). Bioética de la liberación y análisis del discurso. *Praxis Revista de Filosofía No 74,* 35-49. http://dx.doi.org/10.15359/praxis.74.2

Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud. (2018, julio). *Lineamientos de referencia para la asignación de cupos de estudiantes en escenarios clínicos*. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/lineamientos-para-asignacion-cupos.pdf

Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud, Ministerio de Educación Nacional, Viceministerio de Educación Superior, Dirección de Calidad para la Educación Superior, Sala de Salud y Bienestar (Conaces), Ministerio de Salud y Protección Social, Viceministerio de Salud Pública y Prestación de Servicios y Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud Colombia. (2021, enero). *Modelo de Evaluación de la Docencia Servicio para el Desarrollo de Programas Académicos en Salud*. https://www.mineducacion.gov.co/1759/articles-403336_Documento_00.pdf

Consejo Nacional de Política Económica y Social (Conpes). (2010, 19 de junio). Conpes 3674. Lineamientos de política para el fortalecimiento del Sistema de Formación de Capital Humano (SFCH).

Davini, M. (1995). *Educación permanente en salud*. Organización Panamericana de la Salud. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/3104/Educacion%20permanente%20en%20salud.pdf?sequence=1

Decreto 2006 del 2008 (6 de junio), por el cual se crea la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud. *Diario Oficial* 47.012.

Decreto 2376 del 2010 (1.º de julio), por medio del cual se regula la relación docencia-servicio para los programas de formación de talento humano del área de la salud. *Diario Oficial* 47.757.

Decreto 55 del 2015 (14 de enero), por el cual se reglamenta la afiliación de estudiantes al Sistema General de Riesgos Laborales y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial* 49.394.

Decreto 1075 del 2015 (26 de mayo), por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Educación. *Diario Oficial* 49.523.

Decreto 780 del 2016 (6 de mayo), por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. *Diario Oficial* 49.865.

Decreto 1298 del 2018 (25 de julio), por el cual se modifica el Decreto número 2006 de 2008. *Diario Oficial* 50.665.

Decreto 1330 del 2019 (25 de julio), por el cual se sustituye el Capítulo 2 y se suprime el Capítulo 7 del Título 3 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 1075 de 2015 -Único Reglamentario del Sector Educación. *Diario Oficial* 51.025.

Dirección de Análisis y Políticas de Recursos Humanos, Ministerio de Salud y Protección Social, Gobierno de Colombia. Acuerdo 000003 del 2003 (12 mayo), Modelo de Evaluación de la Relación Docencia-Servicio Criterios Básicos de Calidad para Centros de Prácticas Formativas. Por el cual se adoptan los criterios de evaluación y verificación de los convenios docente-asistenciales necesarios para desarrollar los programas de pregrado o postgrado en el área de salud.

Dirección de Gestión del Talento Humano, Secretaría Distrital de Salud. (2014). Política de Talento Humano del Sector Público de Salud del Distrito Capital - Documento técnico. http://www.saludcapital.gov.co/DTH/Documents/Documento%20T%C3%A9cnico%20Pol%C3%ADtica%20de%20Talento%20Humano.pdf

Dirección del Talento Humano en Salud, Ministerio de Salud y Protección Social, Gobierno de Colombia. (2018, 10 de julio). *Política Nacional del Talento Humano en Salud*. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/politica-nacional-talento-humano-salud.pdf

Domínguez Bilbao, R. y García Dauder, S. (2003). *Introducción a la teoría del conflicto en las organizaciones*. Universidad Rey Juan Carlos.

Escobar Triana, J. (1991). *La formación humana y social del médico*. Fundación Escuela Colombiana de Medicina.

Escobar Triana, J. (2000). Bioética: origen y tendencias. *Revista de la Facultad de Medicina*, *48*(4), 219-223. https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/19637/20701

Foucault, M. (1979). *Microfísica del poder*. Ediciones de La Piqueta Seseña. http://www.pensamientopenal.com.ar/system/files/2014/12/doctrina39453.pdf

García, C. (2011a). Flexner y su flexnerismo: la concepción visionaria humana, humanista y humanística de la educación médica. *Revista Médica Sanitas*, *14*(4), 48-50. www.unisanitas.edu.co/Revista/24/4.%20FLEXNER.pdf

García Guerra, C. y Pinto Contreras, J. A. (2011). La bioética en la medicina actual: una necesidad en la formación profesional. *Revista Médica Electrónica*, *33*(4), 456-462. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1684-18242011000400008&script=sci_arttext&tlng=pt

García, Y. (2011). Nuevos desafíos bioéticos en la formación de los profesionales de la salud: reflexiones a partir de la experiencia en el Espacio Europeo de Educación Superior (EEES). *Revista de Educación en Ciencias de la Salud*, *8*(2), 83-88. http://www2.udec.cl/ofem/recs/anteriores/vol822011/RECS8211.pdf#page=7

Garrido, J. (2006). Conflictos éticos en el aprendizaje de los residentes. *Anales de Medicina Interna*, *23*(10), 493-502. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021271992006001000009&lng=es&nrm=iso

Gil, V. (2004). *Las significaciones imaginarias de la profesión médica en México*. Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco.

Guevara, C., Henao, D. y Herrera, J. (2004). Síndrome de desgaste profesional en médicos internos y residentes. *Colombia Médica*, *35*(4), 173-177. http: www.redalyc.org/articulo.oa?id=28335402

Hernández Bello, A. y Vega Romero, R. (2001). El sistema colombiano de seguridad social en salud: desigualdad y exclusión. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, *1*(1), 48-73.

Lenis. M. (2007). Transformación del trabajo y regulación laboral: 1990-2006, *Precedente. Revista Jurídica*, (-), 157-181. https://doi.org/10.18046/prec.v0.1437

Ley 30 de 1992 (30 de diciembre), por la cual se organiza el servicio público de la Educación Superior. *Diario Oficial* 40.700.

Ley 60 de 1993 (12 de agosto), por la cual se dictan normas orgánicas sobre la distribución de competencias de conformidad con los artículos 151 y 288 de la Constitución Política y se distribuyen recursos según los artículos 356 y 357 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial* 40.987.

Ley 100 de 1993 (23 de diciembre), por el cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial* 41.148.

Ley 1164 del 2007 (3 de octubre), por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud. *Diario Oficial* 46.771.

Ley 1188 del 2008 (25 de abril), por la cual se regula el registro calificado de programas de educación superior y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial* 46.971.

Ley 1438 del 2011 (11 de enero), por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial* 47.957.

Ley 1751 del 2015 (16 de febrero). Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial* 49.427.

Ley 1917 del 2018 (12 de julio), por medio de la cual se reglamenta el Sistema de Residencias Médicas en Colombia, su mecanismo de financiación y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial* 50.652.

Lorenzo Cadarso, P. L. (2001). Principales teorías sobre el conflicto social. *Norba: Revista de Historia*, (15), 237-254.

Maliandi, R. y Thüer, O. (2008). *Teoría y praxis de los principios bioéticos*. Universidad Nacional de Lanús.

Maliandi, R. (2010). *Ética convergente: fenomenología de la conflictividad*. Las Cuarenta.

Maliandi, R. (2011). *Ética convergente: aporética de la conflictividad*. Las Cuarenta.

Maliandi, R. (2013). *Ética convergente: teoría y práctica de la convergencia*. Las Cuarenta.

Menéndez, E. (2020). Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias. *Revista Salud Colectiva*, *16*, 2-23. https://www.scielosp.org/article/scol/2020.v16/e2615/pdf

Mesa, C. (2014). *Caracterización de los modelos de interacción médico paciente y su relación con la toma de decisiones clínicas, en gestantes de alto riesgo, en un hospital universitario de la ciudad de Medellín* [tesis de doctorado inédita]. Universidad El Bosque.

Ministerio de Salud y Protección Social, Viceministerio de Salud Pública y Prestación de Servicios y Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud. (2017) *Lineamientos incorporación del enfoque intercultural en los procesos de formación del talento humano en salud, para el cuidado de la salud de pueblos indígenas en Colombia*. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Incorporacion-enfoque-intercultural-formacion-ths-pueblos-ind%C3%ADgenas.pdf

Observatorio Regional de Recursos Humanos en Salud (OPS). (2010). *El desarrollo del campo de los recursos humanos en Colombia 2002-2010*.

https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/estudio_caso_colombia.pdf Colombia_ Documento RRHH-OPS Final_2010

Olivera Díaz, A. (2010). El devenir de la educación médica: un encuentro con la bioética. *Revista Científica Salud Uninorte*, *26*(2), 349-359. http: www.scielo.org.co/pdf/sun/v26n2/v26n2a16.pdf

Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. (2015). *Análisis de la gestión de recursos humanos en los modelos de salud familiar, comunitaria e intercultural en los países andinos. Serie de estudios multipaís n.º 3*. https://www.orasconhu.org/sites/default/files/3%20Gesti%C3%B3n%20RRHH%20en%20Modelos%20de%20Salud.pdf

Ortiz, J. (2016). Hospitales universitarios en Colombia: desde Flexner hasta los centros académicos de salud. *Elsevier*, *25*(1), 50-58. https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0121737216000029

Ortiz Monsalve, L. C., Restrepo Miranda, D. A. y Cortes Fajardo, A. M. (2013). *Segunda medición a las metas regionales de recursos humanos en salud*. Ministerio de Salud y Protección Social. https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2013/segunda_medicion_metas_col.pdf

Ortiz, Y., Restrepo, J. y Vélez, Á. (2015). *Herramienta para la gestión de convenios de docencia-servicio en instituciones prestadoras de servicios de salud* [tesis de maestría inédita]. Universidad del Rosario. http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/10097/98550358-2015.pdf?sequence=1

Outomuro, D. (2003). Algunas observaciones sobre el estado actual de la bioética en Argentina. *Acta Bioethica*, *IX*(2), 30-35. https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=Outomuro+D+Algunas+observaciones+sobre+el+estado+de+la+bio%C3%A9tica+en+Argentina&btnG=

Pardo, N. (2012). Análisis crítico del discurso: conceptualización y desarrollo. *Cuadernos de Lingüística Hispánica*, (19), 41-62.

Pineda Cañar, C. A. (2014). Formación y medicina: la transición del modelo anatomo-clínico francés al modelo biomédico norteamericano en Colombia. *Iatreia*, *27*(3), 255-266. http://www.redalyc.org/pdf/1805/180531324002.pdf

Pinilla, A. (2011). Modelos pedagógicos y formación de profesionales en el área de la salud. *Acta Medica Colombia*, *36*, 204-218.

Pontificia Universidad Javeriana, Centro de Proyectos para el Desarrollo (Cendex), Fedesarrollo, Family Health y Ministerio de Salud y Protección Social. (2007). *Recursos humanos de la salud en Colombia. Balance, competencias y prospectiva*. 2.ª ed. https://www.javeriana.edu.co/cendex/GPES/publicaciones/libros/Recursos_humanos_II_ed.pdf

Programa de Apoyo a la Reforma en Salud, Ministerio de la Protección Social, Dirección de Análisis y Políticas de Recursos Humanos, Organización Panamericana de la Salud y Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. (2004, marzo). *Modelo de Evaluación de la Relación Docencia-Servicio Criterios Básicos de Calidad para Centros de Prácticas Formativas*.

Resolución 0429 del 2016 (17 de febrero), por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud.

Resolución 2626 del 2019 (27 de septiembre), por la cual se modifica la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) y se adopta el Modelo de Acción Integral Territorial (Maite). *Diario Oficial* 51.092.

Resolución 3100 del 2019 (26 de diciembre), por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el manual de inscripción. *Diario Oficial* 51.149.

Resolución 1052 del 2020 (26 de junio), por la cual se modifica la Resolución 1872 del 2019, en relación con aspectos generales del contrato especial de práctica formativa, la afiliación a la seguridad social de los residentes, el apoyo de sostenimiento educativo mensual, entre otras disposiciones. *Diario Oficial* 51.363.

Sáenz, J. (2006). Desconfianza, civilidad y estética: las prácticas estatales para formar a la población por fuera de la escuela en Bogotá. *Revista de Estudios Sociales*, *23*, 11-22. https://revistas.uniandes.edu.co/doi/pdf/10.7440/res23.2006.01

Secchi, M. (2001). *Didáctica aplicada a la medicina y ciencias de la salud*. Instituto Universitario Italiano de Rosario Argentina. https://www.iunir.edu.ar/publicaciones/libros/didactica%20aplicada.pdf

Silva García, G. (2008). La teoría del conflicto. Un marco teórico necesario. *Prolegómenos. Derechos y Valores*, *XI*(22), 29-43.

Stecher, A. (2010). El análisis crítico del discurso como herramienta de investigación psicosocial del mundo del trabajo. Discusiones desde América Latina. *Universitas Psychologica*, *9*(1), 93-107.

Torres, J. y Santander, J. (2013). *Introducción a las políticas públicas. Conceptos y herramientas desde la relación entre el Estado y la ciudadanía*. IEMP Ediciones. https://www.funcionpublica.gov.co/eva/admon/files/empresas/ZW1wcmVzYV83Ng==/imgproductos/1450056996_ce38e6d218235ac89d6c8a14907a5a9c.pdf

Van Dijk, T. (1999). *El análisis crítico del discurso*. Anthropos.

Villegas, E. (2011). El valor de la autonomía en las prácticas comunitarias. *Revista Latinoamericana de Bioética*, *11*(20-1), 32-41. https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=El+valor+de+la+autonom%C3%ADa+en+las+pr%C3%A1cticas+comunitarias+Villegas+E+2011&btnG=

Zabala-Blanco, J., Alconero-Camarero, A. R., Casaus-Pérez, M., Gutiérrez Torre, E. y Saiz-Fernández, G. (2007). Evaluación de aspectos bioéticos en los profesionales de la salud. *Enfermería Clínica*, *17*(2), 56-57. http://www.sciencedirect.com/journal/enfermeria-clinica.

Wodak, R. y Meyer, M. (2003). *Métodos de análisis crítico del discurso*. Editorial Gedisa.