

UNIVERSIDAD DEL ROSARIO



Autores:

Yurani Andrea Ortiz García
Juan Guillermo Restrepo Varela
Andrés Vélez Vélez

**Herramienta para la gestión de convenios de docencia-servicio en
Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.**

Trabajo de grado para optar al título Magister en Dirección

Medellín

2.015

UNIVERSIDAD DEL ROSARIO



Autores:

Yurani Andrea Ortiz García
Juan Guillermo Restrepo Varela
Andrés Vélez Vélez

**Herramienta para la gestión de convenios de docencia-servicio en
Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.**

Trabajo de grado para optar al título Magister en Dirección

Tutor:

Dra. Mónica Reina Álzate

Facultad de Administración

Línea de Investigación: Gerencia

Programa de investigación: Áreas Funcionales para la Dirección

Medellín

2.015

Agradecimientos

Agradecemos a las Universidades CES y Rosario por poner a nuestra disposición los recursos humanos, físicos y tecnológicos para el desarrollo de ésta investigación, y los estudios de Maestría en Dirección, permitiendo alcanzar este logro académico.

Dedicatoria

Con gratitud a todas las personas que contribuyeron al éxito de ésta investigación, en especial a Dios y a nuestras familias.

Índice de Contenido

Glosario	7
Capítulo 1. Formulación del Problema	16
Capítulo 2. Marco Teórico	20
A. Contexto Normativo	28
B. Referentes	33
C. Alcance de la Relación del Modelo de Relación Docencia – Servicio en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud	41
Capítulo 3. Objetivos	48
General	48
Específicos	48
Capítulo 4. Metodología	49
Capítulo 5. Resultados	51
Conclusiones	52
Recomendaciones	53
Bibliografía	55
Anexos	61

Lista de Gráficos

Gráfico 1 Esturctura de los criterios de Evaluación de la relación Docencia - Servicio	40
---	----

Glosario

Acciones: Son las actividades y tareas que permitirán reducir la brecha entre la situación actual y la deseada. Se recomienda que su descripción no se escriba con verbos en infinitivo, para evitar que se confundan con el objetivo y precisar su cantidad.

Autoevaluación: La autoevaluación se entiende como la reflexión crítica generada desde el interior del programa para formular juicios acerca de la calidad implícita y explícita en sus propósitos, sus procesos y sus logros.

Aspectos a considerar: Son la expresión de atributos de las características en diferentes aspectos de la relación docencia – servicio que es sujeto de evaluación.

Características: Son sub-áreas o aspectos específicos de un área, el análisis de cuyo cumplimiento permite un juicio sobre la calidad del desempeño de la relación docencia – servicio, en un aspecto determinado.

Convenio: Pacto, acuerdo con propósitos y beneficios comunes. Alto grado de correspondencia y pertenencia.

Convenio Docencia – Servicio: Instrumento legal, mediante el cual una institución educativa y una IPS, definen las condiciones bajo las cuales los estudiantes de diferente nivel educativo realizarán las prácticas dentro de las instalaciones de la IPS, según Decreto 190 de 1996.

Criterios de evaluación: Expresan el cumplimiento de los requerimientos de calidad en la relación docencia – servicio y en los escenarios para el desarrollo de las prácticas formativas.

Docencia – Servicio: Es la unión de esfuerzos, en un proceso de creciente articulación, entre instituciones de servicios de salud y de educación para contribuir a mejorar las condiciones de vida de la colectividad, mediante la prestación de servicios adecuados a las necesidades reales de la población, la producción de conocimientos y la formación de recursos humanos necesarios en un determinado contexto de la práctica de servicios de salud y su enseñanza.

Evaluación: Juicio educativo y calificación que se da sobre una persona o situación basándose en una evidencia constatable.

Estándar: Nivel alcanzable y deseable del desempeño contra el cual puede ser comparado el desempeño actual. En evaluación de la calidad es un valor numérico o rango numérico de variaciones que especifica el nivel aceptable, adecuado u óptimo de calidad.

Factores: Son áreas o campos en los cuales se expresa la relación docencia servicio.

Indicador: Es una medición cuantitativa que puede ser usada para monitorizar y evaluar la calidad de las funciones claves de la administración, clínica y de soporte, que afectan los resultados del paciente. Un indicador no es una medida directa de la calidad. Sin embargo, es un instrumento que puede ser utilizado para evaluar el desempeño y puede dirigir la atención a los asuntos potenciales del desempeño que podrían requerir más intensiva revisión dentro de una organización.

IPS: Institución Prestadora de Servicios de Salud de acuerdo con la normatividad derivada de la Ley 100 de 1993.

Prácticas formativas: Espacio de convergencia entre el saber teórico y la posibilidad de explorar, comparar y retroalimentar dicho saber.

Relación contractual sin contraprestación: Basada en convenio donde no hay transacción financiera ni en especie, ligada a la práctica de los estudiantes.

Relación contractual con contraprestación es especie: Basada con el aporte de equipos, becas y otros estímulos no monetarios.

Relación con Pago: En la cual existe alguna forma de transacción monetaria entre las partes.

Tomado de: Ministerio de Educación. Glosario. Cuestionario información básica, Convenio Docencia-Servicio. [Consultado 2014 Ago. 11]. Disponible en: http://web.mineducacion.gov.co/Esuperior/IPS_Glosario_Convenio_Docencia.doc

Resumen

Los procesos de formación de profesionales de salud idóneos en el mundo, complementan su conocimiento entre dos componentes fundamentales, un componente teórico y el otro componente práctico. La formación que recibe en las aulas y la realización de las prácticas académicas a las cuales pueda acceder, le permite al estudiante transformar el conocimiento académico adquirido en conocimiento cercano a la realidad y con fundamento profesional, razón por la cual las Instituciones Educativas tienen la responsabilidad de formar profesionales que sean capaces de desempeñarse en componentes sociales, administrativos y prácticos. Dentro de las ventajas que aporta la realización de las prácticas en la formación de los profesionales en salud se reconocen: la posibilidad de tener una visión de la responsabilidad del trabajo a la cual se van a ver enfrentados, desarrollar habilidades de interrelaciones sociales, incrementar su nivel de madurez, desarrollar e implementar estrategias de supervisión y así lograr el reconocimiento personal del nivel de confianza en su desempeño. Sin embargo también se puede convertir en un aspecto negativo si la práctica no se desarrolla de manera adecuada y si no logra tener una integración exitosa con el conocimiento teórico.

Para el caso de la formación de talento humano en salud, el espacio utilizado para la realización de estas prácticas son las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, deben ser lugares que les faciliten a los estudiantes encontrar una relación integral entre la formación teórica y su aplicación a la práctica profesional, de esta manera el estudiante podrá incrementar su preparación específica.

Las prácticas académicas tienen interés en la formación de profesionales y representan un período donde el estudiante se convierte en sujeto entre la Institución Educativa y la Institución Prestadora. Es un espacio de inducción que le

permite al estudiante realizar una evaluación de sí mismo y a la vez puede evaluar el entorno donde se va a desarrollar en su colectivo profesional.

El objetivo de esta investigación es desarrollar una herramienta técnica que le permita a la Dirección facilitar la supervisión, el monitoreo y la evaluación de convenios de Docencia-Servicio en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, garantizando 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.

Todas las actividades asistenciales que sean desarrolladas por estudiantes en la realización de su práctica profesional, deben ser realizadas bajo una estricta supervisión de docentes y de personal especializado responsable de la prestación del servicio, dando cumplimiento con el Sistema de Garantía de la Calidad del Sistema de Seguridad en Salud en Colombia.

Palabras Clave: Convenio. Docencia del Servicio. Herramienta para la Dirección. Práctica Formativa en Salud. Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Instituciones Educativas. Escenarios de Practica en Salud.

Abstract

The processes of formation of qualified health professionals around the world, compliments the knowledge between two fundamental components, one theoretical component and one practical component. The formation received in the classroom and the realization of the academic practices to which the students receive, lets the student transform the academic knowledge received in knowledge close to reality and with professional foundations. These are the reasons for which educational institutions have the responsibilities of forming professionals so they may serve in social components, and administrative and practical components as well.

Among the advantages of conducting the practices in the formation of health professionals are recognized: the possibility of having a vision of the responsibility of their job in which they are going to face it, develop abilities of social relationships increase the level of maturity, develop and implementation of strategies of supervision and personal gain and trusting in their job. However it can be a negative aspect if the practice is not applied properly and the theoretical knowledge doesn't have a successful integration.

For the case of formation of health human talent, the space use for the realization of these practices on the Institutional Health Industries should be places that facilitate the students to find an integral relationship between the theoretical formations and also the professional practices, in this way the student can increase certain preparations.

The academic practice has an interest in the formation of professionals and represents a period where the student converts in a subject between the Educational Institution and the Institution that provides the service. The student has

a period of time where he/she evaluates itself and at the same time can evaluate the environment where he/she is going to develop his/her professional practice.

The objective of this research is to develop a technical tool that allows the Administrative Department to facilitate supervision, monitoring and evaluation of Teaching Service Agreements in the Health Service Institutions, ensuring respect for the rights of the users, the quality of services provided, patient safety and humanization of care, aspects that can not be adversely affected by the development of academic practices.

All care activities that are developed by students in carrying out their professional practices should be carried out under strict supervision of teachers and specialized staff responsible for service delivery in compliance with the Health Quality Assurance System Security in Colombia.

Key Words: Agreement. Teaching Service. Tool Management. Health Education Research. Hospital. Educational Institutions. Scenarios Health Practice.

Introducción

La relación docencia – servicio entre instituciones prestadoras de servicios de salud, e instituciones educativas, se configura como una alianza estratégica que en el marco de la normatividad vigente actual, tiene como objetivo garantizar la formación de recurso humano con gran sentido ético y compromiso social, para lo cual se requiere además, asegurar la disponibilidad de espacios para el desarrollo de las actividades de docencia, extensión e investigación, gestión del conocimiento y el desarrollo de soluciones a los problemas de salud de la población.

No obstante, es una relación compleja, dado que implica la interacción de dos sectores que a pesar de tener una proyección social relevante y de gran peso en la sociedad, suelen plantear objetivos distintos, además de tener una dinámica diferente en cada uno de sus procesos, lo que puede generar tensión entre los actores de la relación.

Por ésta razón, se requiere un proceso de planeación, que permita la ejecución y control de la actividades de una manera sistémica, con el fin de identificar y superar los inconvenientes que surjan sobre la marcha de manera oportuna, y se pueda llevar a cabo el logro de los diversos objetivos propuestos en la relación docencia – servicio.

En éste sentido, se consideró importante el desarrollo de una herramienta que permita a la gerencia la visualización e identificación de los principales aspectos de la relación docencia-servicio, así como los criterios con los cuales debe cumplir según lo establecido en la normatividad vigente, y la priorización de los aspectos principales que deben ser intervenidos, con el fin de determinar las acciones de mejora. Con ello, se busca fortalecer el proceso de planeación, y facilitar la

comprensión de los criterios básicos de calidad que en la actualidad se exige a las instituciones prestadoras de servicios de salud; además, de contribuir a la generación de condiciones operativas, administrativas y gerenciales que permitan el control y mejoramiento continuo del proceso de relación docencia-servicio.

Capítulo 1. Formulación del Problema

Desde la década de los 90, Colombia ha experimentado una serie de cambios en el contexto normativo e institucional, con el objetivo de alcanzar la flexibilización y modernización del aparato estatal, basados en un modelo de desregulación y liberación de los mercados, dónde la apertura económica era considerada el eje principal para el logro de un modelo de desarrollo que le permitiría al país transformar los instrumentos de regulación de los mercados financiero, laboral y cambiario, e impulsar nuevos regímenes en materia tributaria, de inversión extranjera, de endeudamiento, de seguridad social y educación (1,2).

En los últimos dos sectores, el congreso nacional aprobó diversas reformas estructurales, orientadas además al alcance de una renovación conceptual y operativa en las formas tradicionales de organización y funcionamiento de éstos sectores sociales, reconociéndolos dentro de la concepción de mercado (1,3).

Los diferentes cambios generados a partir de entonces, han impactado las relaciones entre instituciones prestadoras de servicios de salud, y entidades educativas, debido entre muchos, al aumento de la oferta de programas de educación en el área de la salud de manera imprevista (ocurrido a partir de la expedición de la Ley 30 de 1992), contrastado con el cierre de muchos hospitales públicos (posterior a la expedición de la Ley 100 de 1993) los cuales en su mayoría eran hospitales universitarios, hecho que ocasiona un grave desequilibrio entre la oferta y demanda de escenarios de práctica, y perjudica la formación del talento humano en salud (3,4,5,6).

Por otro lado, se reconocen diversas problemáticas derivadas de la relación docencia servicio; entre ellos, se señala que en ocasiones la relación se encuentra basada en un vínculo contractual de beneficios y conveniencias en la que cada parte pretende obtener las mejores condiciones. En éste sentido, las instituciones

prestadoras de servicios de salud exigen compensaciones materiales en dinero, equipos o insumos como contraprestación por la actividad docente, sin embargo dichos recursos no se destinan al logro de los objetivos educativos (4).

El Consejo Nacional para el Desarrollo de Recursos Humanos en Salud (CNDRHS), conformado por el Ministerio de la Protección Social y el Ministerio de Educación, mediante el Acuerdo 003 de mayo de 2003, aprobó el Modelo de Evaluación de la Relación Docencia – Servicio y adoptó los instrumentos metodológicos para su aplicación. El cumplimiento de los criterios estipulados en dicho acuerdo, constituye uno de los requisitos básicos del sistema único de habilitación establecido en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad al cual deben responder tanto las Instituciones Educativas como las Institución Prestadora de Servicios de Salud en donde los objetivos establecidos, en consecuencia deben ser comunes y compartidos (3,7).

De acuerdo con lo establecido en el artículo 247 de la ley 100 de 1993, y mediante la Resolución 0077 de 2007 corresponde al Consejo Nacional para el Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud delegar a la Sala de Ciencias de la Salud de la Comisión Nacional Intersectorial para el Aseguramiento de la Calidad en la Educación Superior (CONACES), la evaluación de los Convenios docente servicio y de los escenarios de practica requeridos para ofrecer los programas del área de la salud (8,9).

Un ejemplo de lo que actualmente ocurre entre las Instituciones Educativas y las IPS, es que pese a la exigencia de la duración mínima de 10 años para los convenios docente-asistenciales, en el medio existe una resistencia a la firma de estos, por lo que se considera que una de las razones es el grado de responsabilidad asumida entre las partes; además, los criterios descritos en el Modelo de Evaluación de la relación docencia-servicio, no son siempre cumplidos;

las instituciones prestadoras de servicios de salud carecen de programas para la inducción de estudiantes, no cuentan con espacios y equipos que garanticen el bienestar tanto de estudiantes como profesores, adicionalmente, las universidades deben entregar un porcentaje de la matrícula (en algunos casos hasta el 50%) a la institución prestadora de servicios de salud para ser aceptadas y contar con el apoyo docente, usualmente a cargo de médicos asistenciales; y, se señala que hay una carencia en la definición de objetivos, deberes y responsabilidades de las partes en las áreas académica, científica, de servicios, financiera y administrativa (10).

A pesar de haber determinado un modelo para la evaluación de la relación docencia- servicio, e identificado una serie de criterios que facilitan la comprensión de las características y condiciones mínimas con las cuales deben cumplir las instituciones, y la actualización de la norma con el Decreto 2376, que incluye nuevos apartes y busca regular los aspectos concernientes a éste tema; continúan vacíos de diversa índole, y se hace necesaria la consolidación de una herramienta que facilite y permita la comprensión de la información contenida en la normatividad aplicada, que facilite la interpretación de las disposiciones constitucionales allí definidas, agilice cada uno de los procesos, y apoye la gestión administrativa, gerencial y directiva para la toma de decisiones (3).

De manera que, como lo señalan Herrera y Rodríguez, en el texto “Una nueva gerencia forjada en la práctica”, más allá del contexto normativo, por las condiciones actuales de los sistemas de salud y educativo, es importante hacer un llamado a un nuevo estilo de gerencia de los servicios de salud, donde se combinen la planificación como un instrumento de gestión, que dé lugar a la concientización de que es importante planificar no sólo con el objeto de cumplir con la norma, sino que se requiere de este proceso para determinar hacia donde se debe dirigir la institución, en base a la cual se logre monitorear y dar seguimiento a los procesos (11).

Teniendo en cuenta lo anterior, y con el fin de realizar aproximaciones en el tema, se propone una tesis que responda a la siguiente pregunta de investigación: ¿Es posible desarrollar una herramienta para evaluar la gestión de convenios docencia-servicio, que bajo el modelo de evaluación establecido, permita el monitoreo del proceso y la toma de decisiones estratégicas?

Capítulo 2. Marco Teórico

Antecedentes

La docencia en servicios de salud según George Rosen la ubica a partir del siglo XVII, fundamentado en que la enseñanza de la medicina en esa época se aprovechó en el hospital con el objetivo de estudiar las enfermedades y para la práctica de los estudiantes (12).

En el entorno internacional no se reconoce la expresión “Relación Docencia – Servicio”, teniéndose en cuenta la expresión, formación del Talento Humano en Salud y en este contexto la Organización Panamericana de la Salud (OPS) reconoce que los sistemas de salud del siglo XXI afrontan nuevos desafíos para lograr las metas de salud nacionales e internacionales ante un mundo globalizado (13).

La Agenda de Salud para las Américas 2008-2017, establece prioridades y compromisos, los cuales, al igual que los establecidos por la Declaración de los Objetivos de Desarrollo de Milenio, requieren de acciones intersectoriales e internacionales para su logro de manera equitativa y solidaria. El derecho a la salud, la seguridad humana en salud, la introducción de nuevas tecnologías, la apertura de fronteras al comercio, la creciente migración de las poblaciones, la forma de educar los recursos humanos en salud, y los procesos de integración nacional e internacional han creado nuevas exigencias para las Instituciones Educativas en donde el escenario internacional exige la formación de recursos humanos - tanto de la salud pública como de las relaciones internacionales y otros campos - que estén no solamente técnicamente preparados sino que también

posean una comprensión profunda de las fuerzas internacionales y sus repercusiones sobre la salud lo cual les permite analizar, definir, abogar y proyectar efectivamente sus intereses nacionales en salud dentro de este contexto complejo global (14,15).

En América Latina, se encuentran algunos referentes (16,17,18,19) que abordan el tema de la relación docencia-servicio; éstos se han desarrollado en diferentes poblaciones, y contextos; en Chile, durante el año 2007 se hizo un estudio que buscaba analizar el marco legal y administrativo del sistema sanitario, y su repercusión sobre el proceso formativo del recurso humano en salud. Como resultados, se encontraron que las principales dificultades de la relación docencia-servicio se deben a los intereses particulares de cada uno de los sectores, la ausencia de planificación a mediano y corto plazo y el aumento de universidades privadas que ofrecen programas de salud, que repercute en la necesidad de contar con campos clínicos asistenciales para ellos; el estudio concluye que se requiere que en medio de los cambios que han sufrido las normas que regulan el tema, los centros formadores y las instituciones de salud logren asumir una responsabilidad compartida, que facilite la interrelación docente asistencial, así como normas adecuadas que permitan la regulación en este tema (19).

En Chile, en el año 2011, fue publicado un estudio sobre el impacto de un modelo de integración docente asistencial desarrollado entre la Escuela de Enfermería de la Pontificia Universidad Católica de Chile y los servicios de enfermería de la red de Salud UC en la formación profesional y el campo clínico, encontrando que si bien la relación docencia-servicio se encuentra sujeta a convenios bajo regulación normativa amplia, es un concepto que requiere de integración, coordinación y trabajo planificado; en el estudio señalan la importancia de establecer un clima de confianza recíproca, incorporar estrategias de integración entre el personal docente y asistencial, como el desarrollo de actividades de extensión e investigación, constituyendo de esta manera un modelo colaborativo e integrado.

En él se destaca la importancia de conocer la perspectiva del usuario y la comunidad, de proponer nuevos estándares de acreditación e indicadores y un procedimiento para la inducción de estudiantes (16).

En Argentina, en el año 2013, un estudio indagó sobre la existencia de la integración docente asistencial en enfermería; este se realizó con la participación del personal de enfermería, quienes señalaban que existe la integración, a pesar de diversos obstáculos como el retraso generado por la falta de experiencia de los alumnos, escasez de personal, y la compleja relación entre las instituciones educativas y de salud, teniendo en cuenta el contexto en el que se desarrolla. Además, añaden que para el éxito de los convenios docente-asistenciales es imprescindible la definición de objetivos claros que sean coherentes con el proyecto educativo y la realidad de los servicios (17).

Cabe destacar en este campo la experiencia UNI: Una nueva iniciativa en la educación de los profesionales de la salud – Unión con la comunidad, centrado en el concepto de “parceria”, término portugués que no tiene una traducción literal al español, pero que señala el trabajo mancomunado, asociativo y participativo que articula: La comunidad, la academia y los servicios. Éste enseña que es importante partir del reconocimiento de que es fundamental la adecuación de la formación de los profesionales, acorde a las necesidades sociales circundantes y la prestación de servicios, hecho que hace indispensable adoptar una metodología de enseñanza que responda tanto a las expectativas de los estudiantes como de la comunidad en general. Lo anterior ha repercutido en la disminución de la disputa por cuota de poder, espacios territoriales y fondos públicos, los cuales han sido señalados como obstáculos frecuentes en la relación docencia-servicio, y en contraste, se lograron establecer asociaciones entre actores con diferente capital social y simbólico, basados en prácticas de cooperación y negociación en todos esos ámbitos, hecho que demuestra la gran importancia de la articulación entre los actores que influyen en ello (18,20).

La integración docente asistencial es una condición necesaria para que se logre mantener un ambiente adecuado para el proceso de enseñanza-aprendizaje (16).

En los proyectos UNI: Una nueva iniciativa en la educación de los profesionales de la salud – Unión con la comunidad, se han desarrollado alianzas estratégicas entre la Academia, la Comunidad y las Instituciones del Sector Salud como instituciones responsables de mantener y controlar la Salud Pública de la población; se interrelacionan dentro de un contexto específico, generando oportunidades para mejorar la calidad de vida de la comunidad participante (21).

Los elementos constitutivos esenciales del programa UNI parten de cuatro premisas:

Protagonismo activo de los grupos como conductores de sus propios procesos.

Gradualidad de los procesos, tanto de soluciones para las necesidades de los proyectos, como de atención a los diversos intereses involucrados.

Paralelismo y simultaneidad de las actividades de diagnóstico, planificación, programación, implementación y evaluación, con predominio de alguna de ellas en momentos específicos de la vida del Proyecto.

Apoyo técnico interdisciplinario en las diferentes etapas del Proyecto, según necesidades (21).

Una estrategia fundamental que permite la articulación horizontal de los tres componentes y sustenta la construcción de la parcería es la participación activa y equitativa de las estructuras de poder de los Proyectos UNI, organizándolos por niveles. La comunicación y los debates en cada uno de los niveles dan lugar a la claridad de los procesos y a la concertación de estos (21).

Nivel Político: Se necesita el aval y el compromiso de cada uno de los componentes: El Rector de la Universidad, el Alcalde como Representante de los componentes de Servicio y Comunidad.

Nivel Directivo: Se requiere la conformación equitativa del grupo con representantes de los tres componentes (Academia, la Comunidad y las Instituciones del Sector Salud), elegidos con criterios de representatividad y poder decisorio.

Nivel Operativo: De este grupo hacen parte los grupos de trabajo integrados por funcionarios de la Academia, personas de la Comunidad y de las Instituciones del Sector Salud quienes son los responsables de desarrollar sub proyectos en escenarios específicos y aseguran la difusión y socialización de los modelos innovativos que proponen (22).

En el proyecto UNI – Cali estas alianzas no solo pretenden construir de manera colectiva un “futuro deseado” para la población, sino para que los participantes puedan crear las condiciones que les permita brindar contribuciones en cuanto a salud y al desarrollo de la comunidad, todo esto a partir de un trabajo en equipo articulado y permanente (21). En la implementación de esta propuesta en Cali, se generó la necesidad de buscar espacios de concertación, que les permitiera a los actores poder discutir, tomar decisiones y planificar en torno a los temas de interés para la salud y el bienestar de las poblaciones. Este tipo de proyectos se fundamenta en la solidez, en la permanencia y en la coherencia de la alianza. Para el caso de la UNI Cali este propósito fue logrado a través de diferentes estrategias:

Abriendo puertas a la articulación: Implicó la definición de las fronteras de la relación, reconociendo que cada una de las instituciones tiene su propia plataforma estratégica.

Comunidad y Servicios en la formación de recursos humanos: Uno de los principales desafíos es lograr que la comunidad y las Instituciones de Salud participen en los procesos de formación de los profesionales de la salud. Dentro de las actividades que se desarrollaron para el logro de esta estrategia se destaca la evaluación que hace la comunidad al desempeño de los estudiantes y la posibilidad de ejercer control en la calidad de los servicios de salud prestados por las Instituciones de Salud, permitiendo un ajuste en las programaciones curriculares (21).

Fortalecimiento de los Servicios y Sistemas Docente Asistenciales: Se actualizaron los protocolos para el ejercicio de la Docencia – Asistencia donde se expresan los resultados entre la Comunidad, los Servicios y la Academia (21).

La experiencia de UNI Cali propició la creación de Centro para el Desarrollo y Evaluación de Tecnología en Salud CEDETES, a través del cual se han desarrollado y aplicado metodologías de evaluación para las reformas en educación, salud y social, estableciendo con ello un flujo de información oportuna y continua hacia los responsables de tomar las decisiones. Esto ha facilitado la formulación de políticas que busquen mejorar la calidad de la salud de la población. También se ha demostrado que los acuerdos para formales para legitimar una intervención, no deben ser reconocidos al inicio; por el contrario, deben de realizarse al final, como resultado de un proceso de sensibilización, como un efecto de la voluntad de quienes han decidido iniciar una relación permanente, que debe ser constantemente redimensionada (21).

Por otra parte, en el proyecto UNI Barranquilla se concibe el partnership o parcería, como una asociación entre diferentes actores para el logro de objetivos comunes. Contemplo desde sus inicios una gestión descentralizada, en la que debía darse la participación de la Comunidad, la Academia y los Servicios de Salud. Desde las etapas iniciales se identificaron los problemas que se deben

enfrentar, las líneas de acción, las diferentes clases de instituciones; con el objetivo de evitar generar expectativas irrealizables durante el desarrollo del proyecto. Dentro de las estrategias planteadas para llevar a cabo la parcería en la UNI Barranquilla fueron:

- Trabajo permanente en la comunidad, con la comunidad y para la comunidad.
- Desarrollo del trabajo interinstitucional e intersectorial.
- Trabajo en equipo multiprofesional e interdisciplinario.
- Conocimiento de las necesidades de la comunidad.
- Fortalecimiento de las acciones comunitarias y de participación social.
- Desarrollo de actitudes personales para tomar decisiones en favor de la comunidad.
- Un Sistema Local de Salud descentralizado que permitiera la toma de decisiones lo más cerca posible de donde están las necesidades.
- Una organización académica que pusiera sus conocimientos, la información, sus habilidades, compromisos políticos y administrativos al servicio de la comunidad.
- El establecimiento de un dialogo de saberes permanente, evitando las actitudes de dominación de un socio sobre los otros.
- Una concepción clara de salud, no medicalizada, con un amplio reconocimiento de lo promocional y lo preventivo.
- La participación y el reconocimiento de diversas organizaciones y grupos de base comunitarios, que trabajen por la satisfacción de las necesidades de salud, como estructuras vitales para construir la parcería.
- Uso de la concertación y de la negociación en la toma de decisiones.
- Establecimiento de garantías sociales para asegurar la satisfacción de las necesidades.

La vinculación y participación de aquellos grupos más desfavorecidos en la toma de decisiones.

El empoderamiento de la comunidad para reforzar su seguridad psicológica, aumentar su participación y fortalecer su confianza en la acción del grupo. La capacitación para una gran mayoría de los miembros de los tres componentes del Proyecto, del grupo directivo, del grupo de conducción y del nivel operativo, para que apreciaran sus procesos y la necesidad de trabajar comprometidos con los objetivos del desarrollo de la parcería (23).

Este proyecto de UNI Barranquilla ha dado como resultado el proceso de construcción de ciudadanía y participación social, que si bien tenía un respaldo legal en nuestro país, no contaba con una participación expedita de la comunidad en las agencias de salud. También propicio espacios de reflexión para el debate con los líderes comunitarios, les brinda asesoría y los capacita en los diferentes mecanismos de participación ciudadana. La organización y el funcionamiento de los Servicios de Salud, la participación de la Comunidad y las actividades académicas, se hacen hoy en día en función de la Comunidad. Paso de ser una realidad virtual a una realidad concreta (23).

Para el caso de Colombia, los estudios en este tema han sido liderados por el Ministerio de la Protección Social, antes conocido como Ministerio de Salud, y las comisiones designadas por éste organismo para el estudio del tema previo a la reforma. Los resultados arrojados no van en contravía de los hallazgos de los estudios mencionados anteriormente; se reconoce la necesidad de que exista una comunicación entre la academia y las instituciones prestadoras de servicios de salud, que permita definir objetivos comunes, partiendo del reconocimiento que en el área de la salud se requiere de la realización de prácticas formativas que permita la interacción de los estudiantes con los usuarios y las instituciones prestadoras de servicios de salud (3,24).

Un aporte fundamental de los estudios desarrollados, es la conclusión de la necesidad de que el ejercicio de la relación docencia-servicio tenga correspondencia con la normatividad que la rige, de modo que con el desarrollo del modelo de evaluación acogido por el Decreto 003, propuestos con el fin de contribuir a la calidad de las prácticas formativas, se encuentren oportunidades de mejora y se materialice el trabajo en conjunto requerido para tal fin.

A. Contexto Normativo

El contexto normativo al cual se debe hacer referencia para hablar de la Relación Docencia – Servicio en el país, empieza a configurarse con el Decreto 1210 de 1978, donde se establecían las pautas para el desarrollo de éste tipo de actividades (25).

A partir de la promulgación de la Constitución Política Colombiana de 1991, que instaaura el Estado Social de Derecho y se establecen los derechos a la seguridad social y a la educación. Ambos son señalados como servicios públicos y es responsabilidad del Estado su regulación, inspección y vigilancia, velando porque se garantice el acceso a todos los ciudadanos, y que sean prestados con condiciones de calidad (26).

Así, en el Artículo 48, se describe a la Seguridad Social como un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, con principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, y podrá ser prestado por entidades públicas o privadas; como complemento necesario en el artículo 67 se establece la Educación como un derecho y un servicio público, correspondiendo al Estado regular y ejercer la suprema inspección y vigilancia de la educación con el fin de velar por su calidad, por el cumplimiento de sus fines y por la mejor formación de los estudiantes (26).

La Ley 30 de 1992 y la Ley 100 de 1993 son reglamentación de obligatoria referencia para comprender el contexto en el cual se enmarca la Relación Docencia – Servicio, teniendo en cuenta que involucra la interacción de instituciones de diferentes sectores, pero que deben tener objetivos comunes en cuanto a la formación del talento humano en salud (8,27). En su artículo 32 esta ley reconoce además la necesidad de que el Estado cuente con procesos de evaluación que permitan apoyar, fomentar y dignificar la educación superior, respetando la autonomía universitaria. En éste orden de ideas, dentro de los objetos de evaluación, se encuentra que se preste un servicio con calidad, esto referido tanto a los resultados académicos obtenidos, los medios y procesos empleados, a la infraestructura institucional, y en general, a los aspectos cuantitativos y cualitativos en los cuales se desarrolla cada institución (27). Sin embargo también se hace necesario reconocer que el número de programas de medicina se fue incrementando de manera progresiva durante esta época, se le concede a las Universidades la posibilidad de abrir programas nuevos de educación superior en diferentes zonas del país, por lo que cabe suponer que los centros de práctica Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud serían insuficientes para la nueva demanda de estudiantes y que incluso podían estar sometidos a un hacinamiento, lo que podría provocar un efecto negativo en la calidad de la atención. El profesional de la salud, el estudiante y el docente estaban sometidos a condiciones inapropiadas para llevar a cabo el objetivo del convenio de la relación Docencia – Servicio.

La Ley 100 de 1993 crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud y en particular el Decreto 190 de 1996 reglamentó los Convenios Docencia-Servicio definiéndolos como “El vínculo para articular en forma armónica las acciones de Instituciones Educativas e Instituciones que presten servicios de Salud para cumplir con su función social, debe garantizar la excelencia académica en la formación de los estudiantes y la prestación de un óptimo servicio de atención en salud a la comunidad” (8,28).

El Artículo 1° de la ley 115 de 1994, define la educación como "un proceso de formación permanente, personal, cultural y social, que se fundamenta en una concepción integral de la persona humana, de su dignidad, de sus derechos y de sus deberes" (29).

En el artículo 247 nombra al Consejo Nacional para el Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud, como el responsable de emitir el concepto sobre los convenios docente asistenciales suscritos entre las instituciones de educación superior y las instituciones prestadoras de servicios de salud, para desarrollar programas de pregrado o posgrado en el área de la salud (8).

En relación a esto, es importante mencionar además el Decreto 1849 de 1992, el cual crea el Consejo Nacional para el Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud, órgano que tiene entre sus funciones determinar los lineamientos y mecanismos para orientar la formación del talento humano en salud, y "fijar criterios para la asignación de campos de práctica en el componente de interacción, educación, servicio, para los estudiantes de pregrado y post-grado de las ciencias de la salud y afines" (30).

Tres años más tarde, durante el año 1996 es derogado el Decreto 1210 a través del Decreto 190, el cual establece las normas para reglamentar la relación Docente – Asistencial en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, modificado por el Decreto 2376 de 2010, que es la versión más actualizada y la cual se ampliará posteriormente (25,28,31).

Otras disposiciones importantes que hacen parte del contexto normativo de la Relación Docencia – Servicio son las normas de acreditación básica y certificación que en el sector educativo se deben considerar, inicialmente, los Decretos 917 de 2001 y posteriormente, el 2566 de 2003, los cuales definen los requisitos básicos para obtener el certificado de los programas educativos de pregrado en el área de

la salud, y el Decreto 1665 de 2002, que establece los criterios básicos de calidad para posgrados de medicina (32,33,34). Revisten de gran relevancia, en la medida en que deben ser tomados en cuenta para cualquier iniciativa de evaluación de calidad que abarque los programas de formación y educación en el área de la salud (3).

La capacidad específica para las prácticas formativas está relacionada con la integración armónica entre el cumplimiento de la norma y la consolidación de una relación docente-servicio eficiente; con el objetivo de lograr alianzas sostenibles, continuas y que puedan convertirse en escenarios de práctica que permitan cumplir la función social y formativa de la Institución Educativa y de la Institución Prestadora de Servicios de Salud.

Mediante el Decreto 2230 de 2003 se creó el –CONACES-, con el propósito de asegurar el cumplimiento de las Condiciones Mínimas de Calidad por parte de los programas que se ofrecen en educación superior en cualquiera de sus niveles: técnicos, tecnológicos, profesionales universitarios y de posgrados. Se divide en salas y cada una de las salas tiene la responsabilidad de evaluar y emitir conceptos sobre la calidad de los programas académicos de educación superior, para ello trabajan con pares académicos que visitan las instituciones y cuyas actividades ininterrumpidas ha venido consolidando en los últimos tres años una cultura de la calidad en la educación superior (35).

También se hace necesario hacer mención de la legislación que define los estándares de calidad para las instituciones prestadoras de servicios de salud, los cuales son el Decreto 1011 de 2006, que derogó el Decreto 2309 de 2002, y que establece el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la atención en salud; y se le suman las resoluciones que promulgan los requisitos básicos para la habilitación de cualquier centro de salud, éstas son las Resoluciones 1043 de 2006 y 2003 de 2014 (36,37,38).

En el año 2003, el Consejo Nacional para el Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud, con el fin de normalizar el concepto que debía emitir de acuerdo a lo establecido en el artículo 47 de la Ley 100 de 1993, realiza el Acuerdo 003, a través del cual se adopta el Modelo de Evaluación de la Relación Docencia – Servicio: Criterios Básicos de Calidad para Centros de Prácticas Formativas, compuesto por tres instrumentos y un total de cinco factores de evaluación (3,7,8).

La Ley 1164 de 2007 hace parte del conjunto de normas que es importante revisar, dado que a través de ella el Congreso de la República de Colombia dicta algunas disposiciones en materia del Talento Humano en Salud, y destina el capítulo III para abordar las características de la formación del éste, mencionando algunos de los requisitos que deben tener los hospitales y las características de calidad para los programas de formación y los escenarios de práctica (39).

Finalmente, es importante referirse al Decreto 2376 de 2010, y a la Ley 1438 de 2011. El primero de éstos regula todos los aspectos que se encuentren vinculados a la Relación Docencia – Servicio en programas académicos del área de la salud. En él se dan algunos conceptos claves que establecen el lenguaje común para llevar a la práctica algún tipo de convenio, y además, define los principios y objetivos que debe tener. También menciona los aspectos generales de los convenios, establece los Comités Docencia – Servicio y los planes de práctica formativa, y los dos últimos capítulos los destina a proponer las garantías para los estudiantes y docentes, y a la definición de los requisitos que deben cumplir los escenarios de práctica. Además, propone un conjunto de 5 factores, 15 características y 48 criterios, los cuales toman en consideración las normas del sector educativo y de salud con respecto a la certificación básica y acreditación en salud (31,41).

Por su parte, la Ley 1438 de 2011, en el capítulo VI, lo destina para establecer algunos parámetros del talento humano, dentro de los artículos que atañen a la Relación Docencia – Servicio, se encuentran aquellos que tratan los siguientes

temas: la Política del Talento Humano en Salud, que es un documento que actualmente se encuentra en discusión, la formación continua, de la pertinencia y calidad de su formación, la formación de especialistas en el área de la salud, las matrículas de los residentes, y la autonomía profesional (41).

Lo anterior representa las principales normas que regulan la Relación Docencia – Servicio, las cuales deben ser tenidas en cuenta para la aplicación del Modelo de Evaluación, puesto que muchos de los criterios que en él se abordan fueron propuestos partiendo de que los convenios se realizan entre instituciones que ya obtuvieron la certificación básica correspondiente para tener la licencia de funcionamiento y ejercicio de las labores para prestar tanto servicios de salud como educativos (3)

B. Referentes

La Organización Mundial de la Salud, como una entidad que gestiona y dirige la acción sanitaria en los países miembros de las Naciones Unidas, reconoce la importancia de contar con recurso humano idóneo y capaz de responder a las necesidades poblacionales en salud, para lo cual se deben coordinar la formación del personal y las características de los servicios (43), de manera que se pueda contribuir al logro de los propósitos de los sistemas de salud, los cuales según Donabedian, deben orientarse a proporcionar el más alto nivel de calidad en la atención al mayor número de personas posible, de la manera más equitativa, y al menor costo (44).

La Organización Panamericana de la Salud, define la Integración Docente – Asistencial de una manera totalizadora, como:

“Un proceso de creciente articulación entre instituciones de educación y de servicios de salud para: mejorar la atención en salud, orientar la producción de

conocimientos y la formación de personal, tomando como base el perfil epidemiológico en un determinado contexto poblacional y regionalizado, que permita la continuidad del proceso educacional (proceso de educación permanente) que nazca en el trabajo y sea capaz de transformarlo”(45).

Así, el objetivo básico de la integración Docente – Asistencial gira en torno a mejorar de manera permanente la atención en salud, para repercutir positivamente en el fortalecimiento de la capacidad operativa de los servicios y por ende en los niveles de salud de los usuarios, de modo que representa un proceso social que exige la conformación de mecanismos para articular tanto las instituciones educativas, como las de salud (24,42).

En Colombia se habla del concepto Relación Docencia – Servicio, el cual responde al artículo 247 de la Ley 100 de 1993, la cual exige a las instituciones de educación superior que ofrecen programas de pregrado o posgrado del área de la salud que implique formación en el campo asistencial, contar con un centro de salud propio o formalizar convenios docente – asistenciales con instituciones de salud que cumplan con los tres niveles de atención médica, de acuerdo con la complejidad del programa, para realizar así las prácticas de formación (8).

La práctica formativa en salud se constituye entonces como una estrategia pedagógica que debe ser planificada y organizada por parte de una institución educativa para integrar el desarrollo de los programas académicos con la prestación de servicios de salud, con el fin de que tanto los estudiantes como los docentes de los programas de formación logren fortalecer y generar competencias, capacidades y nuevos conocimientos desde un ejercicio autónomo, responsable y ético de su profesión (31).

Los profesionales de la salud requieren un lugar de aprendizaje que les permita reconocer sus habilidades y que les brinden la posibilidad de combinar lo

aprendido en la Institución Educativa y la práctica; aprovechando los recursos físicos, tecnológicos y didácticos que la Institución Prestadora de Servicios de Salud le ofrece. Es una oportunidad para estudiar en sitio todos los conceptos académicos que aunque fueron analizados en las aulas, en el campo se convierten en una discusión alrededor de un tema específico y en una reflexión de los componentes que rodean la realidad y los condicionantes sociales alrededor de lo cotidiano de la vida del paciente. Mientras el estudiante ejercita su búsqueda de referencias bibliográficas para profundizar en temas de salud, el Docente orienta al profesional de la salud en la necesidad de investigar y de articular conceptos relacionados, lo que necesariamente implica que se analicen desde diferentes dimensiones una situación particular. En estos espacios, se les da la oportunidad a los estudiantes ya sea de manera individual o grupal de observar, examinar y analizar al paciente en un entorno de cuidado para mejorar su condición de salud.

En el encuentro clínico del proceso Docencia – Servicio el profesional de la salud puede visualizar un contexto más amplio donde el diálogo y la participación del paciente en este proceso es vital e importante tanto o más como la participación del profesional o estudiante del área de la salud.

En ese momento de encuentro, los derechos del paciente trascienden también hacia los derechos del colectivo. En palabras de Fernando Vásquez (46):

[...] a veces sólo escuchando a otro logramos que se alivien un tanto sus penas, podemos propiciar su esperanza o mantener fuerte su ánimo. Puede que no sea más sino dedicar unos minutos para escuchar al enfermo o al necesitado y comprobaremos cómo dicha acción es más poderosa que cualquier apoyo material o la más cuantiosa dádiva (46).

Esta reflexión permite comprender algunos principios del profesionalismo humanista (47):

1. Primacía del bienestar del paciente sobre cualquier otra actividad o fin.
2. Relevancia de la autonomía del paciente en el proceso docencia-servicio.
3. Promoción de la justicia en el encuentro clínico.
4. Competencia profesional del docente y estudiante.
5. Honestidad.
6. Confidencialidad.
7. Facilitar el acceso a la atención en salud.
8. Distribución justa de los recursos.
9. Desarrollo permanente del conocimiento científico en la generación de evidencias clínicas de alta calidad.
10. Responsabilidad social.

Estos principios construyen nuevos desafíos (47):

1. La flexibilidad curricular no puede ni debe poner en riesgo la seguridad del paciente, esto es, para el momento clínico, el estudiante tiene el deber ético y la exigencia académica de haber cursado disciplinas fundamentales previas a su labor asistencial.
2. El proceso docencia-servicio debe incluir la garantía en el cumplimiento de los Derechos del paciente; por ejemplo, el aumento desproporcionado del tiempo en salas de espera no se puede justificar por el mismo proceso académico.
3. El proceso docencia-servicio debe ser confidencial; los debates académicos docente-estudiante sobre diagnóstico, tratamiento y pronóstico deben ser prudentes, justos y participativos con el paciente.
4. El docente que participa del proceso, debe estar comprometido con el paciente, darle prioridad y no desviar su atención en el encuentro asistencial; es el mejor ejemplo que puede darle a su estudiante.

5. El paciente no es un objeto de estudio en el proceso docencia–servicio; es el sentido de su ser, de su existencia. Tanto docente como estudiante son responsables del paciente, del cierre del caso, de su bienestar, de su humanidad (47).

Teniendo en cuenta lo anterior y la importancia del paciente en el proceso de atención, se define la Relación Docencia – Servicio como un vínculo funcional entre instituciones educativas y otro tipo de organizaciones que tienen el objetivo de formar el talento humano en salud, o entre instituciones educativas cuando por lo menos una de ellas disponga de escenarios de práctica en ésta área. Dicho vínculo debe enmarcarse en un proceso de planificación académica, administrativa e investigativa de largo plazo concertado entre las partes, y regirse por los principios definidos en la Constitución Política Nacional, las normas que regulan los servicios de educación y salud vigentes, así como por los principios de preeminencia del interés social, autorregulación, respeto a los derechos de los usuarios, calidad, planificación y autonomía definidos en el Decreto 2376 de 2010, que regula la relación Docencia – Servicio para los programas de formación de talento humano del área de la salud en el país (31).

Para esto, es necesaria la creación de un convenio Docencia – Servicio, concebido como el acuerdo de voluntades que se suscribe entre las instituciones participantes en éste proceso; en él se definen las condiciones, compromisos y responsabilidades que adquieren cada una de las partes. En caso de que el escenario de práctica y la institución educativa tengan integración de propiedad, es necesaria la existencia de un documento en el cual se definan los lineamientos de la relación Docencia – Servicio, el cual reemplazará el convenio. Éste tipo de convenios son desarrollados en los escenarios de práctica del Área de la salud, y pueden ser de tres tipos:

- A. Espacios institucionales, que intervienen en la atención integral en salud de la población.
- B. Espacios comunitarios como escenarios de práctica que dentro de la relación Docencia – Servicio, correspondan a una planificación académica, administrativa e investigativa de largo plazo, concertada entre las partes intervinientes.
- C. Otros espacios diferentes a los del sector salud, en los cuales se consideren pertinentes las prácticas formativas en programas del área de la salud, de acuerdo con los términos del numeral 2° del párrafo 1° del artículo 13 de la Ley 1164 de 2007 (31).

Otro aspecto importante es la creación de un Comité que tiene funciones de coordinación, seguimiento y evaluación de las actividades que se deriven del convenio, y se desarrollen en el centro de prácticas; además, éste se encarga de reglamentar y supervisar los planes de prácticas formativas que deben incluir un programa de delegación progresiva de funciones y responsabilidades a los estudiantes, de acuerdo con los avances teórico – prácticos para cada período académico, cuya ejecución requiere ser supervisada por el docente y personal asistencial asignado, y liderar el desarrollo de los planes de mejoramiento derivados de la autoevaluación que deben realizar las instituciones para que sean reconocidas como centro de práctica, y tener criterios operativos, administrativos y técnico – científicos para asignar los cupos (31).

Modelo de Evaluación de la Relación Docencia – Servicio, Criterios Básicos de Calidad para Centros de Prácticas Formativas.

En el año 2004 y con el apoyo técnico de la Organización Panamericana de la Salud, el Ministerio de la Protección Social de Colombia establece el Modelo de Evaluación de la Relación Docencia – Servicio, que corresponde al anexo del Acuerdo 003 del Consejo Nacional para el Desarrollo de los Recursos Humanos

en Salud, donde se afirma que ésta debe plantearse a partir de los acuerdos institucionales y los criterios de evaluación básicos de calidad necesarios para satisfacer el ejercicio de las prácticas formativas y en consecuencia, los servicios de salud, permitiendo realizar conjuntamente programas y actividades educativas que exigen requisitos adicionales de calidad, tanto en uno como en el otro campo, siendo además un proceso integral que conforma la base política y conceptual de la ecuación “formación-trabajo-empleo” en los sistemas de salud actuales (3).

Como punto de partida para determinar los criterios básicos de calidad, se reconoce la Relación Docencia – Servicio como el resultado de acuerdos entre instituciones, que han cumplido los requisitos básicos de calidad respectivos, determinados en el sector educativo (Decreto 917 de 2001) y en los servicios de salud (Decreto 1011 de 2006), y en razón a ello, los criterios de calidad que buscan integrar los objetivos, alcances, requerimientos, condiciones y responsabilidades sociales comunes a las instituciones de salud, y a las instituciones educativas, de modo que su actuación represente adecuadamente la interacción que se genera entre ambos sectores, con el fin de asegurar que las actividades se encuentren siempre orientadas en función de garantizar la excelencia académica en la formación de los estudiantes y la prestación de un óptimo servicio de atención en salud a la comunidad (3,4).

Para lograrlo, el Modelo de Evaluación de la Relación Docencia – Servicio se configura alrededor de factores, características, aspectos a considerar y criterios de evaluación, cuyo resultado debe conducir finalmente a un plan de mejoramiento (3). Los factores, hacen referencia a las áreas o campos en los cuales se expresa la relación Docencia – Servicio; *las características* son entendidas como sub áreas o aspectos específicos de un área, el análisis de cuyo cumplimiento permite un juicio sobre la calidad del desempeño de la relación docencia-servicio, en un aspecto determinado. *Los aspectos a considerar*, son la expresión de atributos de las características en diferentes aspectos de la relación

docencia-servicio que es sujeto de evaluación. Y finalmente, *los criterios de evaluación* expresan el cumplimiento de los requerimientos de calidad en las prácticas formativas; se debe entender que no son específicos para un “aspecto a considerar”, sino que tienen un valor globalizante y representan logros del conjunto relacionado con esta (Ministerio de la Protección Social, 2004).

Lo anterior, hace referencia a aspectos que fueron considerados como inherentes de la relación Docencia – Servicio, que deben ser tenidos en cuenta en la aplicación de la evaluación de sus atributos, y son:

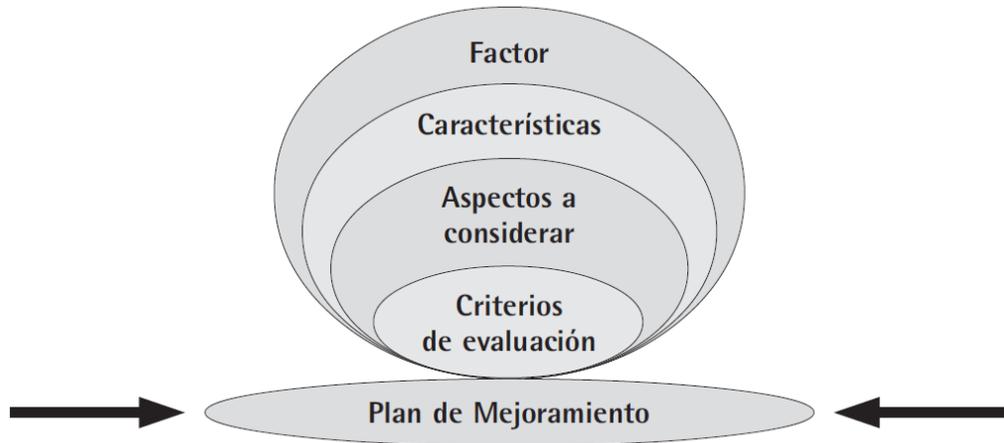
Política Institucional (Factor I),
Actores en el proceso (Factor II),
Campo de actuación (Factor III),
Condiciones necesarias (Factor IV) y
Relación con el entorno (Factor V) (3).

Estos aspectos son sujeto primordial de la verificación en el proceso de evaluación, y deben ser analizados individualmente en cada contexto para determinar el peso específico en la obtención de calidad, dada la heterogeneidad de los programas educativos y los escenarios de práctica; en caso de que alguno de los criterios adquiriera un carácter crítico, corresponde a los pares académicos determinar su valor al final de la evaluación (3).

Finalmente, la estructura del Modelo de Evaluación de la Relación Docencia – Servicio se resume en la siguiente gráfica:

Gráfico 1 Estructura de los criterios de Evaluación de la relación Docencia - Servicio

Estructura de los criterios de Evaluación de la Relación Docencia-Servicio



Fuente: Ministerio de la Protección Social. Modelo de evaluación de la relación docencia-servicio criterios básicos de calidad para centros de prácticas formativas.

C. Alcance de la Relación del Modelo de Relación Docencia – Servicio en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud

Para el desarrollo de un Modelo de Relación de Docencia – Servicio entre las Instituciones Educativas y las IPS, es fundamental poder contar con un espacio clínico que les facilite a los profesionales de la salud un intercambio de conocimientos y lograr una complementariedad en las experiencias de las diferentes disciplinas de la salud. Estos espacios se hacen una real exigencia para lograr el objetivo educativo, se identifican que éstos pueden ser trascendentales en el proceso de aprendizaje para el profesional de la salud. Otro de los aspectos que se debe tener en cuenta es la posibilidad de establecer una adecuada relación Docencia – Servicio, son muchos los beneficios para los actores del convenio y más aún para los estudiantes beneficiados con la estrategia. El aporte que tienen los espacios ofrecidos por las Instituciones de Salud son reconocidos como el lugar que tienen los profesionales de la salud donde tienen la posibilidad de integrar los conocimientos teóricos con la práctica, pueden adquirir habilidades,

destrezas, observan la importancia del trabajo en equipo y de los resultados en la recuperación del paciente cuando es atendido por un grupo de disciplinas que se complementan (3,6,24,31).

Los acuerdos que realizan las Instituciones Educativas y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud para ser centros de prácticas formativas les permite potenciar la función principal de cada una, la Educación y la Salud, pero conservando las políticas y la cultura organizacional. También les permite tener ventajas del trabajo en equipo de las dos organizaciones: desarrollo e incremento de la investigación, reconocimiento de la Institución Prestadora de Servicios de Salud, mejorar la productividad con un menor costo operacional y el logro de la sostenibilidad de la Institución Prestadora de Servicios de Salud y de la Institución Educativa a través de un modelo costo eficiente para las dos.

Actualmente la oferta académica de los programas en salud ha ido creciendo, cada vez son más las Instituciones Educativas que ofertan a los estudiantes programas relacionados con la atención en salud, siendo cada uno de estos diversos y heterogéneos. Este aumento implica la necesidad de modificar los métodos utilizados y los planes de estudios tradicionales; se debe ajustar las estrategias para garantizar que se puedan atender la cantidad de estudiantes que requieren en espacios clínicos para que el estudiante logre un desarrollo profesional adecuado, sin olvidar que es fundamental que todo el proceso académico y de formación sean de calidad (3,4,5).

Los objetivos de la Relación Docencia – Servicio descritos en el Decreto 2376 de 2.010 son:

- Asegurar alianzas y planes de largo plazo entre instituciones educativas e instituciones prestadoras o aseguradoras de servicios de salud, instituciones de servicios, de investigación o espacios comunitarios que

intervienen en la atención integral en salud de la población, para el desarrollo y fortalecimiento de escenarios de práctica fundados en objetivos, principios y estrategias pedagógicas compartidas.

- Asegurar la formación de talento humano en salud competente, con alto sentido ético, de responsabilidad y compromiso social con la salud de la población.
- Asegurar espacios adecuados para la docencia, la extensión, la investigación, la generación de conocimiento y el desarrollo de soluciones a los problemas de salud de la población (31,48,40).

En el alcance de la relación se debe tener claridad si la Institución Prestadora de Servicios de Salud lo que busca es obtener una certificación como un escenario de práctica.

Los requisitos necesarios a cumplir para lograr la certificación como escenario de práctica son:

1. Las instituciones prestadoras de servicios de salud deberán estar habilitadas conforme al Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud. Las demás instituciones deberán cumplir las normas vigentes para la actividad que desarrollan, incluyendo las de calidad si las hay.
2. Realizar la autoevaluación de que trata el artículo 20 del decreto 2376 de 2010 del Ministerio de Protección Social que dice: *La autoevaluación de los escenarios de práctica*. Para que las instituciones interesadas sean reconocidas como escenarios de práctica, deberán realizar una autoevaluación que les permita determinar el cumplimiento de las condiciones necesarias para el desarrollo adecuado de las prácticas formativas en el programa o programas que considere pertinentes. Así mismo, la autoevaluación le permitirá a la institución establecer el

número de cupos que puede ofrecer por programa, de acuerdo con su capacidad operativa, administrativa y técnico - científica.

3. 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.
4. Reportar de manera oportuna la información requerida por la Comisión Intersectorial del Talento Humano en Salud y las entidades en ella representadas.

Para el caso en el cual las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que deseen ser reconocidas como Hospital Universitario, tienen que demostrar el cumplimiento ante la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud de la Ley 1164 del año 2.007 parágrafo 2, que dice: Es una Institución Prestadora de Servicios de Salud que proporciona entrenamiento universitario y es reconocido por ser hospital de enseñanza y práctica supervisada por autoridades académicas competentes y que ofrece formación y atención médica en cada uno de los niveles de complejidad. El hospital está comprometido con las funciones esenciales de la Universidad, cuales son formación, investigación y extensión (39).

Es un escenario de práctica con características especiales por cuanto debe cumplir como mínimo con los siguientes requisitos:

- a) Manifestar explícitamente dentro de su misión y objetivos, su vocación docente e investigativa;
- b) Estar debidamente habilitado y acreditado, de acuerdo con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad y mantener esta condición durante la ejecución de los convenios de docencia-servicios;
- c) Disponer de una capacidad instalada, recurso humano especializado y una tecnología acorde con el desarrollo de las ciencias de la salud y los requerimientos de formación de personal de salud establecidos;

- d) Tener convenios o contratos de prácticas formativas con instituciones de educación superior legalmente reconocidas que cuenten con programas en salud acreditados;
- e) Garantizar la acción conjunta del personal y la utilización de su tecnología hospitalaria y educativa; para que desarrollen el componente de prácticas formativas de los programas de pre y posgrado de las diferentes disciplinas del área de la salud proporcional al número de estudiantes recibido y dentro del marco del convenio docencia-servicio;
- f) Contar con servicios que permitan desarrollar los programas docentes de pregrado y posgrado, mínimo con las especialidades médicas básicas y todas las que correspondan a las prioridades de salud pública del país;
- g) Cumplir con todos los criterios de evaluación de las prácticas formativas establecidos por la autoridad competente;
- h) Actuar como centro de referencia para redes de servicios departamentales o nacionales y distritales;
- i) Obtener y mantener reconocimiento permanente nacional y/o internacional de las investigaciones que realice la entidad, como contribución a la resolución de los problemas de salud de la población de acuerdo a la reglamentación que para tal efecto se expida y contar con la vinculación de por lo menos un grupo de investigación reconocido por Colciencias;
- j) Incluir procesos orientados a la formación investigativa de los estudiantes y contar con publicaciones y otros medios de información propios que permitan la participación y difusión de aportes de sus grupos de investigación;
- k) Para el ofrecimiento de programas de especialidades médico quirúrgicas establecerá los requisitos de vinculación de docentes que garanticen la idoneidad y calidad científica, académica e investigativa;
- l) Disponer de espacios para la docencia y la enseñanza adecuadamente equipados, que correspondan a sus objetivos de formación y al número de estudiantes. El Hospital dispondrá de instalaciones para el bienestar de docentes y

estudiantes, áreas adecuadas para el estudio, descanso y bienestar dentro de la Institución como en sus escenarios de práctica (48).

Incluye la entrega de la siguiente documentación:

- a. Estatutos y Plan Estratégico donde se defina su vocación docente e investigativa.
- b. Documento formal con la estructura orgánica y funcional de la IPS donde se verifique que las actividades de docencia e investigación forman parte integral de la misión institucional.
- c. Certificado de acreditación expedido por la entidad competente, conforme al Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad.
- d. Para el ofrecimiento de programas de especialidades médico quirúrgicas, documento que establezca los requisitos de vinculación de docentes que garanticen la idoneidad y calidad científica, académica e investigativa.
- e. Nómina o relación de cargos vinculados formalmente a la dirección, planeación, ejecución y evaluación de actividades de docencia e investigación, con el perfil de las personas que los ocupan.
- f. Documentos que demuestren que la totalidad de los docentes cuentan con formación de postgrado en docencia o experiencia específica de mínimo tres años en actividades docentes, académicas y de investigación, certificada por una institución de educación superior.
- g. Documentos que demuestren que la totalidad de investigadores cuentan con experiencia específica en actividades docentes, académicas o de investigación.
- h. Documento donde se describan las características principales de los espacios, infraestructura y dotación física y técnico-científica para el adecuado desarrollo de las actividades de docencia e investigación, como aulas, bibliotecas, salas virtuales, laboratorios, equipos de video conferencia, equipos de tele-salud, zonas de descanso y bienestar para estudiantes, docentes y residentes, entre otros.

- i. Convenios docencia-servicio con instituciones de educación superior legalmente reconocidas, donde se demuestre que la IPS ha sido escenario de práctica de por lo menos cinco programas de salud acreditados, en los cinco años previos a presentación de la solicitud. Para el caso de IPS de propiedad de las instituciones de educación superior, se deben presentar los reglamentos y estadísticas sobre los programas y número de estudiantes formados.
- j. Publicaciones en revistas indexadas durante los últimos cinco (5) años.
- k. Documento que demuestre la existencia de por lo menos un grupo de investigación vinculado al Hospital reconocido por el Departamento Administrativo De Ciencia, Tecnología e Innovación, Colciencias.
- l. Publicaciones y otros medios de información propios que permitan la participación y difusión de aportes de sus grupos de investigación.
- m. Procesos documentados y formalmente adoptados por la IPS para el desarrollo de las actividades de docencia e investigación.
- n. Cumplir con los procesos de evaluación docencia-servicio (48).

Es de resaltar que el propósito en el cual se fundamentan las iniciativas de evaluación de los programas docente-asistenciales, se encuentra orientado a alcanzar y mantener la calidad de éstos; por ésta razón, el modelo tiene un enfoque sistémico, bajo el cual se configuran los factores y características a evaluar. En éste sentido, el modelo propone trabajar por el mejoramiento de la calidad de todos los procesos involucrados en la relación docencia-servicio, el cual es visto como un método de autocontrol centrado en el cliente y sus necesidades, consistente en la identificación de aspectos que pueden ser mejorados (49).

Capítulo 3. Objetivos

General

Diseñar una herramienta gerencial para la gestión de convenios de docencia-servicio en instituciones prestadoras de servicios de salud.

Específicos

- Realizar una revisión de la Bibliografía existente sobre la relación docencia servicio.
- Describir los criterios constitutivos del modelo de relación docencia-servicio establecidos por el Ministerio de Protección Social.
- Definir los documentos e instrumentos necesarios para evidenciar el cumplimiento de los criterios definidos en el modelo de evaluación de la Relación Docencia – Servicio, de acuerdo con el Acuerdo 003 de 2003 y el Decreto 2376 de 2010.

Capítulo 4. Metodología

Es un estudio cualitativo, de carácter exploratorio, donde se busca diseñar a partir del análisis de contenido, una herramienta para la dirección de convenios bajo la relación Docencia – Servicio en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

Fases y Procedimientos

Las fases y procedimientos que se seguirán para el desarrollo de los objetivos son los siguientes:

I. Diagnóstico bibliográfico

- (a). Consultar bibliografía disponibles a cerca de la Relación Docencia – Servicio de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.
- (b). Seleccionar los documentos pertinentes para los propósitos de éste estudio.

II. Comprensión y análisis de los elementos más relevantes que comprenden la Relación Docencia – Servicio.

- (a). Leer el contenido de los documentos seleccionados, para extraer elementos de análisis referentes al tema.
- (b). Leer en forma cruzada y comparativa los documentos en cuestión, a fin de construir una síntesis comprensiva total que permita describir el alcance de los elementos constitutivos del Modelo de Relación Docencia – Servicio en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.
- (c). Presentar los resultados de manera escrita.

III. Diseño de instrumentos.

(a). Definir las acciones necesarias para evidenciar el cumplimiento de los criterios básicos de calidad, estableciendo un conjunto de características mínimas y necesarias que cada Institución Prestadora de Servicios de Salud según su capacidad puede escoger.

(b). Proponer un instrumento que permita de manera sencilla seguir los pasos de autoevaluación comprendidos en el Modelo de Evaluación de la Relación Docencia – Servicio.

Capítulo 5. Resultados

La herramienta para la gestión de convenios de docencia-servicio en instituciones prestadoras de servicios de salud, realiza un análisis de los criterios del modelo de evaluación y verificación de los convenios docente-asistenciales, propuesto por el Ministerio de la Protección Social, a partir de los cuales se definen las acciones e instrumentos que las instituciones prestadoras de servicios de salud deben implementar para garantizar el cumplimiento de los estándares determinados en el Acuerdo 003 de 2003 y el Decreto 2376 de 2010.

Éste instrumento le permitirá a las directivas de las instituciones prestadoras de servicios de salud tener evidencias de los principales logros en cuanto al cumplimiento de la normatividad relacionada con los convenios de docencia-servicio, así como los aspectos que son necesarios mejorar, dando lugar a la toma de decisiones orientadas al fortalecimiento de la relación docencia-servicio. La herramienta detalla los criterios de evaluación y propone diferentes instrumentos para evidenciar el cumplimiento de éstos. Abarca los 5 factores, 15 características y 53 criterios definidos en la norma y permite proponer acciones de mejora, de acuerdo con la valoración obtenida en el criterio, la cual puede ser calificada como: Insuficiente, adecuado y óptimo.

Con los resultados obtenidos en la semaforización, se puede observar el cumplimiento de cada uno de los criterios de evaluación, y se obtiene una valoración porcentual, lo que permite realizar una priorización de intervención y la retroalimentación de procesos.

Ver: [HERRAMIENTA DOCENCIA - SERVICIO](#)

Conclusiones

La herramienta construida se realizó con el fin de contribuir con la evaluación y seguimiento de los convenios docencia del servicio, permitiendo la identificación de los principales criterios con los cuales debe cumplir la relación docente-asistencial.

Permite identificar los principales aspectos a intervenir del proceso de evaluación en la relación docencia-servicio, generando resultados cuantitativos que reflejan el cumplimiento de cada uno de los procesos.

Se proponen diversos parámetros que orienten el cumplimiento de los criterios definidos por la norma, de acuerdo con el seguimiento de las acciones establecidas por los convenios realizados entre las instituciones prestadoras de servicios de salud y las instituciones formadoras.

Se busca facilitar el monitoreo del proceso y la toma de decisiones estratégicas a nivel directivo, en pro del fortalecimiento de las alianzas entre las instituciones de salud y las instituciones educativas.

Recomendaciones

La necesidad actual de la formación de profesionales en salud exige que los convenios de docencia – servicio se conviertan en una contribución recíproca entre quienes realizan la alianza, para lo cual es necesario que se desarrolle bajo un clima de confianza y que se transformen en una alianza estratégica de largo plazo; lo que implica que en el proceso de desarrollo se ajusten las condiciones establecidas entre la Institución Prestadora de Servicios de Salud y la Institución Educativa. Esta relación se debe fundamentar en un vínculo contractual que represente un beneficio para los actores, buscando obtener las mejores condiciones para los actores involucrados, garantizando la seguridad y el respeto por los derechos del paciente, efectividad y un costo operacional razonable, con ventajas en la calidad de la prestación y con un mejoramiento en la formación de profesionales de la salud.

Actualmente, la relación docente-asistencial es regida por convenios donde cada una de las partes busca el logro de sus objetivos, sin considerar la necesidad de la otra parte. En ésta relación, las instituciones prestadoras de servicios de salud, y las instituciones educativas no se articulan, lo cual deteriora la relación entre los actores con graves implicaciones en la formación y desempeño de los profesionales. En éste contexto, se hace necesaria la implementación de una herramienta que permita visualizar los criterios conceptuales y operativos, que permitan el monitoreo del proceso y la toma de decisiones estratégicas (3).

De acuerdo con lo expuesto por Álvaro Flórez, coordinador Sala de Ciencias de la Salud CONACES, en el Foro Internacional de Educación Superior en Salud para el siglo XXI: Un reto para la prosperidad, quien afirma que los acuerdos de

voluntades, por lo general, no define compromisos y responsabilidades por cada una de las partes, no están firmados por los representantes legales, el número de estudiantes beneficiados no coinciden con los criterios establecidos, no existen mecanismos de supervisión de los criterios de evaluación, carencia de registros, falta de mecanismos y procesos de coordinación, entre otros; por ésta razón, se considera importante el diseño de una herramienta que permita el monitoreo del proceso de la relación docencia-servicio, y de los criterios asociados a él (42).

Actualmente la autoevaluación es considerada como un prerrequisito para que los procesos sean exitosos en las instituciones formadoras del personal de salud, hecho que facilita identificar las posibles desviaciones de la relación docencia-servicio, de manera que se logren corregir a tiempo los posibles inconvenientes que se puedan presentar.

Los convenios de docencia-servicio son complementarios, y se benefician mutuamente, por lo cual el rol desempeñado por los actores, debe estar orientado a lograr una contribución efectiva en el desarrollo del convenio, que permita nuevas formas de ofrecer salud con calidad, y responda a la necesidad de crecimiento y desarrollo de una sociedad, a través de la puesta en práctica de iniciativas de interés para los futuros profesionales de la salud.

Cualquier iniciativa en éste ámbito, debe buscar el desarrollo de mecanismos que permitan integrar los intereses de los sectores participantes, que permita tener una concepción compartida de la naturaleza, diversos alcances y necesidades de la relación docencia-servicio, la cual genera un compromiso y objetivo social común.

Bibliografía

1. Londoño C. La apertura económica en Colombia. Pto. Hsta. 2010 May; 18 de mayo de 2010;0(4):39-51.
2. Pineda Hoyos S. Apertura económica y equidad. Los retos de Colombia en la década de los años 90. [Internet]. [Consultado 2014 Ago 7]. Disponible en: <http://www.banrepcultural.org/blaavirtual/historia/colhoy/colo6.htm>.
3. Ministerio de la Protección Social. Modelo de evaluación de la relación docencia-servicio criterios básicos de calidad para centros de prácticas formativas. [Internet]. [Consultado 2014 Ago 10]. Disponible en: <http://www.medicina.unal.edu.co/ConveniosDocs/2.%20Acuerdo%20003.%20MODELO%20EVALUACION%20RELACIONES%20DOCENCIA%20SERVICIO.pdf>.
4. Ministerio de Salud. Documento 4: Un nuevo paradigma en la relación entre la formación y los servicios de salud - Propuesta de estándares para la acreditación de los centros de formación en salud. [Internet]. [Consultado 2014 Ago 7]. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/DOC.%204%20UN%20NUEVO%20PARADIGMA%20EN%20LA%20RELACION%20ENTRE%20LA%20FORMACION%20Y%20LOS.pdf>.
5. Salazar R. Editorial Relación Docencia Servicio. Colomb Med. 2010; 41: 203-5.
6. Escobar M, Muñoz A. Diseño e implementación del sistema de información para la relación docencia-servicio del programa de enfermería en la Universidad Libre de Pereira. Cultura del Cuidado de Enfermería. 2009; 6(2): 14-26.
7. Colombia. Consejo Nacional para el Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud. Acuerdo 003 de 2003 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. Bogotá (Mayo 12 de 2003).

8. Colombia. Congreso de la República. Ley 100 de 1993 por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Bogotá: El Congreso (diciembre 23 de 1993).
9. Colombia. Ministerio de Protección social. Resolución 077 de 2007. Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos para el programa de verificadores de las condiciones para la habilitación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá: Ministerio; 2004.
10. Conversatorio sobre Atención Primaria; Ley 1438 de 2011 - Hospital Universitario; Decreto 2376 de 2010 - Convenios de Docencia-Servicio. Bogotá 2012 Mar 23. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Medicina; 2012.
11. Herrera Medina W, Rodríguez Márceles R. Una nueva gerencia forjada en la práctica. En: Almeida M, Feuerwerker L, Llanos M. La educación de los profesionales de la salud en Latinoamérica. Buenos aires: Hucitec Ltda; 1999. p. 393-397.
12. Rosen G. De la policía médica a la medicina social. México: Siglo veintiuno editores, 1985, p.334.
13. Organización Panamericana de Salud (OPS). Funciones Esenciales de la Salud Pública. [Internet]. [consultado 2014 Ene 10]; Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=4031&Itemid=3617&lang=es.
14. Organización Panamericana de Salud (OPS). Agenda de Salud para las Américas 2008-2017. [Internet]. [consultado 2014 Ene 10]; Disponible en: http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Agenda_Salud_para_las_Americas_2008-2017.pdf.
15. Organización de las Naciones Unidas. Equipando líderes para enfrentar los desafíos en salud y promover la equidad en un mundo globalizado. [Internet]. [consultado 2014 Ene 10]; Disponible en: <http://nacionesunidas.org.co/blog/2014/02/07/equipando-lideres-para-enfrentar-los-desafios-en-salud-y-promover-la-equidad-en-un-mundo-globalizado/>.

16. Soto Fuentes P, García A. Impacto de un modelo de integración docente asistencial en la formación profesional y el campo clínico. *Cienc. Enferm.* 2011 Dic; 17 (3): 51-68.
17. Garnica L, Ballistreri M, Vítola D, Tria M, Pippino M, Meza H et al. ¿Existe la integración docente asistencial en enfermería?. *Enfermería: Cuidados Humanizados*. [Internet]. 2013 Jun; 1 (3): 161-167. [Consultado 2014 Ago 11]. Disponible en: http://www.ucu.edu.uy/Facultades/Enfermeria/cuidados_humanizados_3.pdf#page=11.
18. Múnera Giraldo J, Ceballos M, Gómez H, Tobón L, Moreno A. ¿Cómo construir la parcería?. En: Almeida M, Feuerwerker L, Llanos M. *La educación de los profesionales de la salud en Latinoamérica*. Buenos aires: Hucitec Ltda; 1999. p. 43-47.
19. Román O, Señoret M. La relación docente-asistencial en el nuevo contexto que establece la reforma de salud. *Rev. méd. Chile.* 2007 feb; 135 (2): 251-256.
20. La construcción de parcerías y alianzas: Reflexión y aprendizaje. En: Almeida M, Feuerwerker L, Llanos M. *La educación de los profesionales de la salud en Latinoamérica*. Buenos aires: Hucitec Ltda; 1999. p. 7-13.
21. De Salazar, L. Alianzas estratégicas en la construcción de «Salud para todos» una visión y misión compartidas: Reflexión y aprendizaje. En: Almeida M, Feuerwerker L, Llanos M. *La educación de los profesionales de la salud en Latinoamérica*. Buenos aires: Hucitec Ltda; 1999. p. 15-20.
22. Almeida M, Feuerwerker L, Llanos M. *La educación de los profesionales de la salud en Latinoamérica*. Buenos aires: Hucitec Ltda; 1999.
23. Cervantes J, Barceló R. Desarrollo de la estrategia de comunicación en UNI Barranquilla. En: Almeida M, Feuerwerker L, Llanos M. *La educación de los profesionales de la salud en Latinoamérica*. Buenos aires: Hucitec Ltda; 1999. p. 15-20.
24. González V. La calidad de las prácticas formativas del área de la salud: la intersección de dos sectores. Una experiencia desde la Escuela de

Microbiología de la Universidad de Antioquia. Rev Hechos Microbiol. 2012; 3(2): 73-79.

25. Colombia. Ministerio del Trabajo. Decreto 1210 de 1978 por el cual se reglamenta el artículo 4° de la Ley 14 de 1962 y el artículo 7° del Decreto 356 de 1975, con el fin de garantizar las actividades docentes asistenciales en el Sistema Nacional de Salud. Diario Oficial No 35054 (Junio 26 de 1978).

26. Colombia. Asamblea Nacional Constituyente. Constitución Política de Colombia. Bogotá: 1991.

27. Colombia. Congreso de la República. Ley 30 de 1992 por la cual se organiza el servicio público de la Educación Superior. Bogotá: El Congreso (diciembre 28 de 1992).

28. Colombia. Presidencia de la República. Decreto 190 de 1996 por el cual se dictan normas que reglamentan la relación Docente-Asistencial en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá: Presidencia. Diario Oficial No 42700 (Enero 25 de 1996).

29. Colombia. Congreso de la República. Ley 115 de 1994, por la cual se expide la ley general de educación. Bogotá: El Congreso; 1994.

30. Colombia. Presidencia de la República. Decreto 1849 de 1992 por el cual se crea el Consejo Nacional para el Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud. Bogotá: Presidencia. Diario Oficial No 40607. (Noviembre 13 de 1992).

31. Colombia. Presidencia de la República. Decreto 2376 de 2010 por medio del cual se regula la relación docencia - servicio para los programas de formación de talento humano del área de la salud. Bogotá: Presidencia. Diario Oficial No 47757 (Julio 1 de 2010).

32. Colombia. Presidencia de la República. Decreto 917 de 2001 por el cual se establecen los estándares de calidad en programas académicos de pregrado en Ciencias de la Salud. Bogotá: Presidencia. Diario Oficial No 43601 (Mayo 22 de 2001).

33. Colombia. Presidencia de la República. Decreto 2566 de 2003 por el cual se establecen las condiciones mínimas de calidad y demás requisitos para el ofrecimiento y desarrollo de programas académicos de educación superior y

se dictan otras disposiciones. Bogotá: Presidencia. Diario Oficial No 45308 (Septiembre 10 de 2003).

34. Colombia. Presidencia de la República. Decreto 1665 de 2002 por el cual se establecen las condiciones mínimas de calidad y demás requisitos para el ofrecimiento y desarrollo de programas académicos de educación superior y se dictan otras disposiciones. Bogotá: Presidencia. Diario Oficial No 44892 (Agosto 6 de 2002).

35. Colombia. Ministerio de Protección Social. Decreto 2230 de 2003, Por la cual se crea el CONACES con el propósito de asegurar el cumplimiento de las Condiciones Mínimas de Calidad por parte de los programas que se ofrecen en educación superior. Bogotá: Ministerio; 2002.

36. Presidencia de la República. Decreto 1011 de 2006. Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Santafé de Bogotá, D.C.: Presidencia.; 2006.

37. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Resolución 1043 de 2006 por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones. Bogotá: El Ministerio. Diario Oficial No 46271 (Mayo 17 de 2006).

38. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Resolución 2003 de 2014 Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud. Bogotá: El Ministerio. Diario Oficial No 49167 (Mayo 28 de 2014).

39. Colombia. Congreso de la República. Ley 1164 de 2007 Por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en salud. Bogotá: El Congreso (Octubre 3 de 2007).

40. Gómez R, Melo AM. Nuevo modelo de evaluación de las condiciones de calidad de la relación docencia-servicio, en las plazas de externado del programa de optometría de la Universidad de la Salle en el Departamento de

Antioquia. [Trabajo de grado Optometría]. Medellín: Universidad de la Salle; Facultad de Ciencias de la Salud. 2011.

41. Colombia. Congreso de la República. Ley 1438 de 2011 por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá: El Congreso (Enero 19 de 2011).

42. Vidal C, Quiñones J. Integración Docente-Asistencial. *Educ Med Salud*. 1986; 20, (1):458-465.

43. Organización Mundial de la Salud (OMS). Colaboremos por la salud. Informe sobre la salud en el mundo. [Internet]. [consultado 2014 Ene 10]; Disponible en: http://www.who.int/whr/2006/whr06_es.pdf.

44. Donabedian A. La investigación sobre la calidad de la atención médica; Research on the quality of medical care. *Salud Pública Méx*. 1986;28(3):324-7.

45. Organización Panamericana de Salud (OPS). Serie La renovación de la Atención Primaria en Salud en las Américas; N°02 La formación em medicina orientada hacia la Atención Primaria en Salud. [Internet]. [consultado 2014 Ene 10]; Disponible en: http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS-Formacion_Medicina_Orientada_APS.pdf.

46. Vásquez, F. Custodiar la vida. Reflexiones sobre el cuidado de la cotidianidad. Bogotá: Editorial Kimpres Ltda.:2009.

47. Rosselot, E. Dimensiones del profesionalismo médico. Proyecciones para el siglo XXI. *Revista Médica de Chile* 2006. 134, 657-664.

48. Ministerio de la Protección Social. Director General de Análisis y Política de Recursos Humanos. Aproximaciones al Modelo de Relación docencia Servicio. [Internet]. [Consultado 2014 Ago 7]. Disponible en: http://acfo.edu.co/servicios/index.php?option=com_phocadownload&view=category&download=33:modelo-de-evaluacion-de-las-practicas-formativas&id=4:lineamientos-ministeriales.

49. Amaya W, Castro AK, Gómez L, Pinzón P. Evaluación de los instrumentos utilizados para medir la calidad de la relación docencia-servicio del programa de Fisioterapia de la Universidad de Pamplona. 2010. [Trabajo de grado Especialista en Auditoría en Salud]. Bucaramanga: Universidad Autónoma de Bucaramanga; Facultad de Salud. 2010.

Anexos

Anexo N°01: Herramienta gerencial para la gestión de convenios de docencia-servicio en instituciones prestadoras de servicios de salud.

Anexo N°02: Criterios encuesta unificada para docentes y estudiantes.